

PRZEDSIĘBIORCZOŚĆ I ZARZĄDZANIE

tom XIV, zeszyt 10

CZĘŚĆ I

<http://piz.san.edu.pl>

**Współczesne problemy zarządzania w ochronie
zdrowia z perspektywy systemu i organizacji**

Redakcja

Roman Lewandowski,

Marcin Kautsch,

Łukasz Sułkowski

Łódź 2013

Całkowity koszt wydania zeszytu 10, części I
sfinansowany ze środków
Olsztyńskiej Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania
im. Prof. Tadeusza Kotarbińskiego

Zeszyt recenzowany

Redakcja: Roman Lewandowski, Marcin Kautsch, Łukasz Sułkowski

Korekta językowa: Witold Kowalczyk

Skład i łamanie: Witold Kowalczyk

Projekt okładki: Marcin Szadkowski

© Copyright by Społeczna Akademia Nauk

ISSN: 1733-2486

Wydawnictwo
Społecznej Akademii Nauk
ul. Kilińskiego 109, 90-011 Łódź
42 676 25 29, w. 339, e-mail: wydawnictwo@spoleczna.pl

Wersja drukowana wydania jest wersją podstawową

Druk i oprawa: Mazowieckie Centrum Poligrafii,
ul. Duża 1, 05-270 Marki, www.c-p.com.pl; biuro@c-p.com.pl

Spis treści

Editorial	5
I. Opieka zdrowotna w ujęciu systemowym	11
Dorota Olszewska, Beata Bajurna, Anna Frankowska, <i>Personel w działalności marketingowej zakładów ubezpieczeń</i>	13
Agnieszka Bem, <i>Plany ubezpieczeniowe zarządzane przez pacjenta</i>	21
Magdalena Brzozowska–Woś, <i>Elektroniczne instrumenty komunikacji marketingowej w marketingu usług medycznych</i>	31
Magdalena Zalewska–Turzyńska, <i>Zintegrowana komunikacja marketingowa w usługach zdrowotnych</i>	41
Agata Krukowska–Miler, <i>Marketingowe możliwości przyciągnięcia klienta prywatnego do placówki ochrony zdrowia</i>	53
Agnieszka Bukowska–Piestrzyńska, <i>Zmiany w systemie opieki zdrowotnej a dostępność usług stomatologicznych w Polsce w XXI wieku</i>	65
Łukasz Sułkowski, <i>Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań</i>	83
Teresa Dryl–Rydzynska, <i>Dostępność usług medycznych a wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia</i>	97
Anna Gawrońska–Błaszczyk, <i>Analiza porównawcza możliwych rozwiązań w zakresie pogodzenia obowiązku ochrony danych osobowych z bezpieczeństwem pacjenta i efektywnością szpitala w kontekście nowego Rozporządzenia MZ</i>	107
Robert Seliga, Andrzej Woźniak, <i>Analiza porównawcza sektora usług medycznych w Japonii i USA</i>	119
Błażej Łyszczarz, <i>Czy wydajemy za mało? Poziom i dynamika wydatków na zdrowie w Polsce i innych krajach OECD</i>	129
Olimpia Markiewicz, <i>Wycena dodatkowego roku przeżycia (VOLY) i wycena poprawy jakości zdrowia jako narzędzia w ocenie opłacalności programów ochrony zdrowia w Polsce</i>	139
Wiesław Janik, <i>Wykorzystanie potencjału wykonawczego zakładów opieki zdrowotnej i finansowanie usług medycznych</i>	153
Małgorzata Paszkowska, <i>Ubezpieczenia obowiązkowe szpitali – aspekty prawne i praktyczne</i>	163
II. Narzędzia zarządzania	179
Anna Kieszowska–Grudny, <i>Outsourcing medyczny</i>	181
Marcin Kautsch, Mateusz Lichoń, Sylwia Sobieralska, <i>Energia odnawialna w szpitalach w Polsce</i>	193

Katarzyna Izabela Littwin, <i>Rola profesjonalistów medycznych w zarządzaniu szpitalem</i>	205
Roman Lewandowski, <i>Perspective of control in the light of professional and managerial role within health care organisations</i>	215
Marcin Kautsch, Sylwia Sobieralska, <i>Kto zarządza polskimi szpitalami?</i>	229
Brygida Kondracka, Janusz Chełchowski, Kamil Kolendo, <i>Badanie konfliktu w organizacji instrumentem efektywnego zarządzania</i>	241
Magdalena Kludacz, <i>Wycena usług szpitalnych na szczeblu centralnym w wybranych krajach europejskich</i>	261
Izabela Rydlewska–Liszkowska, <i>„Lean Management” – doskonalenie zarządzania w podmiotach leczniczych</i>	275
Bogdan Nogalski, Jarosław Waśniewski, Małgorzata Wojnarowska, <i>Podejście procesowe w zarządzaniu jakością jako narzędzie restrukturyzacji szpitala</i>	291
Magdalena Wysocka, Ryszard Walkowiak, <i>Elastyczne formy pracy w organizacjach ochrony zdrowia</i>	305
Zofia Wyszowska, Anna Michalska, <i>Zarządzanie zasobami pracy w szpitalu dziecięcym</i>	315
Małgorzata Cygańska, Anna Rutkowska–Ziarko, Rafał Laszczak, <i>Modelowanie kosztów zmiennych szpitala za pomocą regresji liniowej</i>	327
Magdalena Jaworzyńska, <i>Rola mapy strategii w zarządzaniu strategicznym zakładem opieki zdrowotnej</i>	337
III. Varia	347
Katarzyna Krot, <i>Determinanty współczesnego modelu relacji lekarz–pacjent</i>	349
Danuta Kunecka, <i>Współczesne postrzeganie idei samorządności w pielęgniarskiej grupie zawodowej</i>	361
Iwona Markowska–Kabała, <i>Wybrane programy polityki zdrowotnej finansowane przez samorząd terytorialny miasta Częstochowy</i>	375
Agnieszka Strzelecka, <i>Asygnowanie środków finansowych ze źródeł publicznych na podmioty lecznicze – analiza regionalna</i>	385

Marcin Kautsch

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Roman Lewandowski

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce

Editorial

Obszary zarządzania w ochronie zdrowia

Gospodarka Polski, determinowana w dużym stopniu tym, co dzieje się na świecie, doświadcza w ostatnich latach istotnego spowolnienia. Ma to przełożenie na ilość środków dostępnych w systemie ochrony zdrowia i zachowanie różnych podmiotów działających w tym sektorze. Poszukują one – a w każdym razie powinny poszukiwać – metod ograniczania kosztów czy też eliminacji strat, powinny też poszukiwać sposobów na wdrażanie nowych technologii (medycznych i niemiedycznych) oraz narzędzi zarządczych pozwalających na funkcjonowanie w warunkach wspomnianego spowolnienia. Dodatkowo należałoby uwzględnić silny postęp technologiczny podnoszący koszty oraz rosnące potrzeby i oczekiwania społeczne, z którymi mamy do czynienia w ostatnich latach praktycznie w każdym systemie ochrony zdrowia na świecie. Wspomniane rosnące potrzeby wynikają m.in. ze starzenia się społeczeństwa. Pisząc o tym problemie, często nie bierze się pod uwagę, że proces ten dotyczy także personelu medycznego. Zaczynamy powoli doświadczać problemów z obsadą pielęgniarską, a prognozy dotyczące liczby pielęgniarek i położnych są tak pesymistyczne, że wręcz alarmujące.

Wymienione wcześniej czynniki wymuszają zwiększanie efektywności funkcjonowania systemu ochrony zdrowia – na poziomie makro (państwa) i mikro (poszczególnych organizacji tworzących system). Z pewnością zmiany na poziomie makro są niezbędne (jak choćby sposób zakupu świadczeń medycznych determinujący zachowanie dostawców usług zdrowotnych) i logika nakazywałaby wprowadzać je w pierwszej kolejności. Ponieważ na funkcjonowanie poziomu makro nie mamy większego wpływu, zatem w działaniach należałoby się skoncentrować na próbie usprawnienia działania pojedynczych organizacji.

Poprawę wyników organizacji można uzyskać np. poprzez działania marketingowe i inwestowanie w kapitał ludzki, szczególnie ten, który ma bezpo-

średni kontakt z klientem. Może to być szczególnie przydatne w warunkach silnej konkurencji, jaka istnieje w ubezpieczeniach (badania w tym zakresie przeprowadziły Olszewska, Bajurna, Frankowska). Oceny personelu z perspektywy klientów pozwolą bowiem zakładom ubezpieczeniowym lepiej zrozumieć potrzeby obsługiwanej populacji, a przez to lepiej rozwijać się na wspomnianym konkurencyjnym rynku. Brzozowska–Woś wskazuje na rosnące znaczenie instrumentów komunikacji elektronicznej, które mają szerokie zastosowanie w działalności medycznej. Zastosowanie to będzie jeszcze rosło w związku z wchodzeniem w wiek, w którym zwiększa się zapotrzebowanie na usługi medyczne roczników wychowanych w dobie komputeryzacji i używających Internetu na co dzień. Roczники te aktywnie poszukują informacji o zdrowiu i możliwości jego przywrócenia właśnie w mediach elektronicznych. Oczywiście, wspomniane media – choć istotne – nie są jedynymi kanałami dotarcia do klienta. Zalewska–Turzyńska podkreśla rolę zintegrowanej komunikacji marketingowej w usługach zdrowotnych. Wielość kanałów komunikacji daje dodatkowe możliwości, powinna jednak wymuszać zintegrowane podejście. W praktyce zastosowanie odmiennych komunikatów w poszczególnych kanałach komunikacji marketingowej prowadzić będzie do niespójności przekazu, a niemałe nakłady ponoszone na dotarcie do klienta okażą się zmarnowane. W jaki sposób można przyciągnąć klienta, analizuje Krukowska–Miler, wskazując na różnorodność elementów marketingu mix, które mogą być stosowane w tym celu. Przeprowadzone przez autorkę badania potwierdzają, że najlepiej funkcjonują te placówki, które skupiają się na dbałości o obsługę klienta oraz wychodzą naprzeciw jego potrzebom. Jak widać, ta prosta i oczywista idea do tej pory nie zawsze znajduje zrozumienie u dostawcy usług zdrowotnych.

Sytuacja gospodarcza wpływa na dostępność usług zdrowotnych, nie do przecenienia jest w tym względzie także rola państwa. Mimo że (przynajmniej w założeniach) powinno ono dążyć do wyrównania różnic w dostępie, widać, że różnice te nie znikają, a w niektórych obszarach wręcz rosną (o czym piszą Bukowska–Piestrzyńska oraz Dryl–Rydzyska). Stąd też pojawiają się postulaty dotyczące zmian w systemie, które pozwoliłyby na lepsze wykorzystanie posiadanego potencjału. Jego rozłożenie w skali kraju jest bowiem bardzo nierówne (obszary silnego nadmiaru i silnego niedoboru zasobów), a wykorzystanie – mało efektywne. Janik wskazuje m.in. na konieczność rozszerzenia zakresu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych oraz wprowadzenia zasady współpłacenia pacjentów za niektóre usługi, np. wizyty lekarskie, koszty hotelowe związane z pobytem w szpitalu i niektóre procedury medyczne. Sugerowany przez Janika niski wskaźnik wykorzystania potencjału sprawia, że szpitale, usiłując ciąć koszty, wprowadzają outsourcing. W działaniach nieklinicznych

stał się on bardzo powszechny, zaczyna być widoczny także w odniesieniu do działalności klinicznej. Kieszkowska–Grudny wskazuje na jego rosnące znaczenie. Obecnie najczęściej jest on realizowany w odniesieniu do diagnostyki – przede wszystkim laboratoryjnej, ale również obrazowej. Szpitale mogą także próbować poszukiwać oszczędności choćby poprzez inwestowanie w odnawialne źródła energii. Kautsch, Lichoń i Sobieralska potwierdzili w badaniach, że wdrażanie takich rozwiązań nie jest jeszcze powszechne, najczęściej z powodów ograniczeń finansowych (brak kapitału, wysokie wymagania dotyczące inwestycji, jeżeli jest ona finansowana ze źródeł zewnętrznych), a szpitale inwestują przede wszystkim w panele solarne. Ankietowani wskazali natomiast, że w przyszłości chcieliby inwestować w odnawialne źródła energii.

Wprowadzane różnego typu narzędzia zarządcze, a także postulaty zmian (jak choćby te wskazane przez Janika) z pewnością wymagać będą nowego podejścia do zarządzania. Oznaczać to musi zmianę roli profesjonalistów medycznych w zarządzaniu szpitalem (o czym pisze Littwin). Istotny i rosnący problem, nie tylko zresztą polskiego systemu ochrony zdrowia, jakim jest kontrola działania lekarzy, opisuje Lewandowski. Kontrola działalności klinicznej pod względem jej efektywności nabrała kluczowego znaczenia w drugiej połowie ubiegłego wieku, kiedy to rozpoczął się szybki wzrost kosztów opieki zdrowotnej. Narzędziami, które zastosowały rządy do zwiększenia kontroli nad profesjonalistami medycznymi, były: wprowadzenie menedżerów do zarządzania organizacjami medycznymi oraz kreowanie mechanizmów konkurencyjnych w systemie ochrony zdrowia. Ingerencja menedżerów w codzienną praktykę kliniczną spotyka się ze stosowaniem przez profesję medyczną coraz to nowych mechanizmów obronnych. Z jednej strony próbuje ona kwestionować kompetencje menedżerów do zarządzania działalnością medyczną, a z drugiej stara się kolonizować i przejmować role zarządcze na różnych poziomach organizacji. Dotychczasowe doświadczenia w zakresie wzmocnienia kontroli menedżerskiej w organizacjach zdrowotnych nie przyniosły jednoznacznego potwierdzenia ich skuteczności. Wydaje się więc, że szanse na poprawę efektywności należy upatrywać raczej w oddziaływaniu na zmiany kulturowe wśród profesjonalistów medycznych niż we wprowadzaniu kolejnych narzędzi kontroli.

Wyniki badań dotyczące kadry zarządzającej szpitalami w Polsce opisują Kautsch i Sobieralska. W ostatnich latach mamy do czynienia z istotną zmianą na stanowiskach dyrektorów szpitali, którymi coraz częściej zarządzają kobiety, a także osoby niemające wykształcenia medycznego. Choć zmiany te są bardzo widoczne, nie przebiegają w sposób gwałtowny. Zatrudnienie na stanowisku dyrektora szpitala stało się bardzo stabilne. Powstaje więc pytanie, na ile ww. kadry będą sobie w stanie poradzić z rosnącymi wyzwaniami, na ile też zmiany („odmedycznienie” stanowiska dyrektora) są zmianami w dobrym

kierunku. Badania brytyjskie wskazują, że większa liczba lekarzy w zarządzie szpitala poprawia wyniki jednostki (po wprowadzeniu reform w brytyjskim systemie w zarządach szpitali pozostało niewielu lekarzy). Mimo braku badań na ten temat w Polsce można zaryzykować tezę, że w zarządzie powinna panować harmonia między tym, co ekonomiczne, a tym, co kliniczne. Jednostki powołane są bowiem do świadczenia usług medycznych. Nie mogą jednak nie działać zgodnie z rachunkiem ekonomicznym. Nie zawsze takie podejście obowiązuje w zakładach opieki zdrowotnej i jest to jedno ze źródeł konfliktu między tzw. personelem „białym” (klinicznym) i „szarym” (czyli administracją i służbami technicznymi). Kondracka, Chełchowski i Kolendo wskazali także na inne podłoże konfliktów w badanej przez nich jednostce, a mianowicie kwestie interpersonalne, warunki pracy, nieprawidłowe relacje między współpracownikami oraz nadmierne obciążenie obowiązkami. Na ten obraz z kolei warto nałożyć problemy wynikające z wyceny usług, za jakie płacą publiczni płatnicy. Problem ten jest podnoszony przez wiele środowisk polskich świadczeniodawców – zarówno medycznych, jak i niemedycznych. Kludacz w swoim artykule przedstawiła doświadczenia dotyczące wyceny usług medycznych w wybranych krajach europejskich. Analizuje ona metody wyceny świadczeń, wskazując na znaczenie bazy, w stosunku do której wyznaczane są: cena, sposoby regulacji cen, definicje stawek zwrotu kosztów oraz sposoby obliczania średnich kosztów, które mogą być podstawą określania wag kosztów i cen na poziomie krajowym. Błędna wycena premiuje pewne specjalności medyczne czy pewne rodzaje procedur, co ma przełożenie na tarcie wewnątrz szpitali – niektóre specjalności medyczne nie muszą dbać o koszty i oczekują większego udziału w zyskach, gdyż ich wycena faworyzuje te specjalności, natomiast inne specjalności nie są w stanie zbilansować kosztów z przychodami mimo ogromnych wysiłków ze strony personelu. Błędna wycena stanowi także zachętę do wydzielania się, usamodzielniania – co w praktyce oznacza prywatyzację – wybranych działów ochrony zdrowia i tym samym przerzucania odpowiedzialności za te niedochodowe dziedziny wyłącznie na placówki publiczne.

Rydlewska–Liszkowska wskazuje na konieczność stosowania narzędzi *lean management* w zarządzaniu podmiotami leczniczymi. Na wspomniany przez Janika niewykorzystany potencjał można bowiem również spojrzeć z punktu widzenia nadmiaru zasobów, jakimi obecnie dysponuje system ochrony zdrowia. W związku z niemożnością sfinansowania wszystkich zasobów należałoby więc dokonać odchudzania systemu z tych zasobów, które nie są obecnie (i zapewne nie będą) niezbędne do jego funkcjonowania. O ile bowiem Polska nie ma nadmiaru personelu medycznego – choć z pewnością nie jest on rozmieszczony w sposób optymalny – to ma nadmiar szpitali i łóżek szpitalnych,

który to nadmiar nie przyczynia się do realizacji funkcji systemu. Sytuacja ta jest dobrze widoczna w dużych miastach, gdzie znajduje się wiele dublujących się struktur szpitalnych. Problem ten jest szczególnie istotny np. na Śląsku – silnie rozbudowanej bazie towarzyszy niskie jej wykorzystanie, najdłuższe okresy pobytu pacjenta w szpitalu oraz silnie rosnące zadłużenie zakładów publicznych. Innym widocznym w całym kraju problemem jest bardzo wyraźny nadmiar łóżek niektórych specjalności (np. łóżka pediatryczne), przy niedorozwoju innych – np. geriatrycznych. Podejście procesowe w zarządzaniu jakością jako narzędzie restrukturyzacji szpitala proponują Nogalski, Waśniewski i Wojnarowska, opisując, jak system ISO może pomóc w dokonaniu wspomnianych powyżej trudnych zmian restrukturyzacyjnych.

Innym narzędziem możliwym do zastosowania w procesie dopasowywania organizacji do zmieniających się warunków otoczenia mogą być bardziej elastyczne formy pracy w organizacji ochrony zdrowia, na co wskazują Wysocka i Walkowiak, podkreślając niską efektywność gospodarowania, jaka jest cechą podmiotów tego sektora. Materiał zebrany przez autorów wskazuje na „oszczędne” praktyki w zakresie elastyczności w zatrudnianiu, organizacji czasu pracy i wynagradzaniu pracowników. O jeszcze innym narzędziu zarządczym przydatnym do zarządzania szpitalem – modelowaniu kosztów zmiennych za pomocą regresji liniowej – piszą Cygańska, Rutkowska-Ziarko i Laszczak, wskazując na istnienie słabej zależności pomiędzy kosztami rodzajowymi szpitala a określonymi zmiennymi: liczbą pacjentów, osobodni oraz przeciętnym czasem pobytu pacjenta w szpitalu. O ile zaobserwowano korelację pomiędzy kosztami żywienia na oddziale a łącznym czasem przebywania pacjentów na oddziale, to w wypadku pozostałych kosztów badanych oddziałów wyznaczone współczynniki determinacji były tak niskie, iż zbudowane modele kosztów nie mogą stanowić podstawy podejmowania decyzji zarządczych w szpitalu.

Z pewnością powyższa lista nie wyczerpuje wszystkich problemów i propozycji zmian, pozwala jednak na nowe spojrzenie na sytuację ochrony zdrowia i problemy, z jakimi się ona zmagą, oraz stanowi pewną propozycję poprawy.

Rozdział I

Opieka zdrowotna w ujęciu systemowym

Dorota Olszewska

Poznańska Wyższa Szkoła Biznesu

Beata Bajurna

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Anna Frankowska

Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Personel w działalności marketingowej zakładów ubezpieczeń

Personnel in the marketing activities of insurance companies

Abstract:

Introduction: Insurance in a free market economy in recent years have resulted in many changes. Intensified competition among insurance companies. Modern companies are forced to look for new solutions insurance from the perspective of individuals in management and marketing. The success of an insurance organization be found in human capital. Diagnosis of personnel evaluation from the perspective of individual and institutional clients, insurance companies will thrive in a competitive market.

Aim: To present an empirical evaluation in terms of personnel in business institutional marketing (companies, organizations), as well as to determine the similarities and differences in the assessment carried out between the two groups.

Material and Methods: The study was conducted on randomly selected group of customers who use the services of property insurance in the years 2011 and 2012 on a sample of 180 individuals, 151 institutional clients (SMEs). The tool became a survey of his own design, consisting of closed questions. The analysis of research was performed using a Student T test.

Results: The availability of the agent is much higher rated by customers individual. For corporate clients much more important than the individual, were: appearance, good

manners, punctuality, activity and engagement. Friendliness, openness, friendliness of employees was significantly higher assessed by individual customers, as well as co-placement. For corporate clients significantly more important than the individual were the appearance, activity and engagement.

Conclusions: There are significant differences in the assessment of an insurance agent as well as in the evaluation of an employee of an insurance made from the perspective of stakeholders. Diagnosis of personnel evaluation from the perspective of individual and institutional customers, allow insurance companies to develop a competitive market.

Keywords: insurance, staff, stakeholders

Wprowadzenie

Ostatnie dwadzieścia lat funkcjonowania ubezpieczeń w gospodarce wolnorynkowej zaowocowały licznymi zmianami. Pojawienie się nowych firm ubezpieczeniowych spowodowało nasilenie się konkurencji pomiędzy nimi. Wobec takich wyzwań zakłady ubezpieczeń zmuszone zostały do podnoszenia swej konkurencyjności. Należy podkreślić, że konkurencyjność wszystkich przedsiębiorstw jest istotnym i wielopłaszczyznowym obszarem badań w naukach o zarządzaniu [Adamkiewicz-Drwiłło 2010, s. 21]. Literatura z zakresu ekonomii definiuje ten termin jako właściwość, która określa zdolność przedsiębiorstw do kreowania tendencji rozwojowych, wzrostu produktywności oraz do rozwijania rynków zbytu [Adamkiewicz-Drwiłło 2002, s. 128].

M.J. Stankiewicz podaje, że konkurencją nazywane będzie takie zjawisko, którego uczestnicy rywalizują między sobą w dążeniu do analogicznych celów. Oznacza to, że działania podejmowane przez jednych dla osiągnięcia określonych celów utrudniają lub uniemożliwiają osiągnięcie takich samych celów przez innych [Stankiewicz 2005, s. 19]. Z kolei konkurencyjność określa się jako trwałą zdolność do projektowania, wytwarzania i sprzedawania produktów (usług), których ceny, jakość i inne walory są bardziej atrakcyjne od produktów (usług) oferowanych przez konkurentów krajowych i zagranicznych [Kisiel 2005, s. 15]. Jak zauważa B. Szymoniuk [2006, s. 17] zadbać należy o właściwe środki przekazu oraz określić „rodzaj i wielkość oczekiwanych sprzężeń, czyli sugerowanych w przekazie relacji odbiorców, a także zagwarantować i ułatwić odpowiedź na odebrany komunikat”. Racjonalne decyzje podejmowanie przez organizacje wymagają nieustannego nadzoru w doskonaleniu zarówno struktur, jak i pracy poszczególnych pracowników czy zespołów. Te czynniki wpływają na komunikację z nabywcą i jej intensywność [Badrinarayanan, Arnett 2008, ss. 243–246].

Współcześnie działające przedsiębiorstwa, z uwagi na wzrost agresywności konkurencji i turbulentności otoczenia, borykają się z coraz trudniejszymi

warunkami rozwoju. Sytuacji takiej sprzyja ponadto galopujący postęp technologiczny, zauważalny niemal w każdej dziedzinie gospodarki, sprawiając, że przedsiębiorstwa podlegają ciągłej ewolucji i dostosowują swoje cele i metody działania do zmieniającej się rzeczywistości.

Zakład ubezpieczeń jest specyficznym rodzajem przedsiębiorstwa usługowego. W literaturze przedmiotu usługę definiuje się jako czynność, proces i wykonanie. Z tego powodu takie rodzaje działalności jak bankowość czy ubezpieczenia uznaje się za usługowe. Usługi można również opisać szerzej – jako działalność gospodarczą, wytwarzającą wartość dodaną i zapewniającą korzyści klientom (indywidualnym i organizacjom) [Gilmore 2006, s. 11].

Dla zdobycia i utrzymania trwałej przewagi konkurencyjnej współczesne przedsiębiorstwa zmuszone są szukać nowych rozwiązań w zakresie zarządzania, kładąc szczególny nacisk na podejmowanie innowacyjnych rozwiązań, które będą je odróżniać od rywali, a jednocześnie będą trudne do naśladowania. Problem ten szczególnie mocno dotyczy branży ubezpieczeniowej, bowiem o powodzeniu usługi decydują wyłącznie klienci.

Instrumentem, dzięki któremu przedsiębiorstwa usługowe osiągają przewagę konkurencyjną, jest stosowana w praktyce koncepcja marketingu. Dzięki niej przedsiębiorstwo może prawidłowo opracować plan i skonkretyzować cele. Wymaga to znajomości rynku, poznania perspektyw jego rozwoju, wiedzy o potrzebach nabywców, sposobach ich zaspokajania, wiedzy o konkurentach, o ich sile i zagrożeniach czy oceny mocnych i słabych stron działalności. Według B. Nowotarskiej-Romaniak marketingiem usług ubezpieczeniowych nazywamy odpowiednie działanie obejmujące planowanie, koordynację i kontrolę wszystkich zadań firmy, uwzględniających potrzeby potencjalnych odbiorców [Nowotarska-Romaniak 1996, s. 30]. Podkreślić jednak należy, że usługę odróżnia od produktu to, że jest ona niematerialna. Kupując więc usługę ubezpieczeniową, klient otrzymuje wyłącznie obietnicę, że dostanie to, co zostało mu obiecanie w momencie zawarcia umowy. Występuje tu brak możliwości wymiany oraz wcześniejszego testowania. Z tego powodu istotną rolę w kształtowaniu świadomości ubezpieczeniowej odgrywa człowiek (sprzedawca), który w procesie sprzedaży usługi stara się ją zmaterializować.

Podkreślić również należy, że dobra kondycja finansowa zakładów ubezpieczeń nie stanowi obecnie atutu rynkowego. Jest tylko podstawą, bazą, warunkiem koniecznym do podjęcia walki konkurencyjnej. Klienci firm ubezpieczeniowych z góry bowiem zakładają, że funkcjonujące na rynku zakłady ubezpieczeń są sprawdzonymi, wiarygodnymi instytucjami z gwarancjami państwa, a brak spektakularnych upadków zakładów ubezpieczeń w latach 90. utwierdza klientów w tym przekonaniu.

Sukcesu organizacji ubezpieczeniowej niewątpliwie należy doszukiwać się w kapitale ludzkim. Wizerunek biznesowy, o który zabiega także zakład ubezpieczeń, bywa rozumiany jako wygląd i zachowanie pracowników i jest działaniem obejmującym również obszar komunikacji marketingowej i tożsamości organizacyjnej. Jego znaczenie staje się w takiej sytuacji większe, jeśli zostanie potraktowany jako istotny składnik kapitału ludzkiego [Szymoniuk 2011, s. 442]. Również G. Białopiotrowicz [2009] przedstawia koncepcję biznesową, według której kapitał ludzki to jakość relacji z ludźmi, z współpracownikami, wszelkie umiejętności interpersonalne czy też zachowania i manery, nie zapominając o kwalifikacjach, umiejętnościach zawodowych i doświadczeniu, i jest istotnym elementem wizerunku biznesowego. Od wiedzy, przyjmowanej postawy i zaangażowania pracowników w znacznej mierze zależy to, czy firmie uda się zdobyć i utrzymać klientów. Tak sformułowana konstatacja jest wyrazem fundamentalnych zasad zarządzania, aczkolwiek nadal w funkcjonującej rzeczywistości kapitał ludzki nie zawsze znajduje odpowiednie gloryfikacje i docenienie, szczególnie na drodze bezpośredniego kontaktu z klientem.

Dynamiczny wzrost liczby zakładów ubezpieczeń w Polsce na przestrzeni ostatnich 20 lat spowodował, iż klienci zakładów ubezpieczeń otrzymali szansę i możliwość wyboru zarówno ubezpieczyciela, jak i jego przedstawiciela. Sprzedaż ubezpieczeń realizowana jest poprzez pośrednictwo ubezpieczeniowe i polega na wykonywaniu przez pośrednika (agenta lub brokera) za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia. W praktyce przedstawicieli zakładów ubezpieczeń należy podzielić na trzy grupy: brokerów, agentów oraz pracowników. Pomędzy wyżej wymienionymi grupami wytworzyła się swoista konkurencja, która może mieć również charakter pozytywny, rodzić zdrowe współzawodnictwo oraz poprawiać efektywność.

Niezmiernie ważnym elementem w procesie sprzedaży ubezpieczeń staje się jakość. Od zakładu ubezpieczeń oraz od jego przedstawicieli oczekuje się określonego standardu świadczonych usług. Klienci oczekują profesjonalizmu i wysokich kompetencji oraz indywidualnego i partnerskiego podejścia. Praktyka ubezpieczeniowa coraz częściej dowodzi, że w rozumieniu klientów agent to nie tylko sprzedawca polis, ale także zaufany doradca czy powiernik. Zdarzają się sytuacje, że po kilku latach współpracy staje się on przyjacielem klienta, ponieważ towarzyszy mu w trudnych momentach życiowych takich jak śmierć bliskiej osoby, choroba, zdarzenie losowe. Z tego właśnie powodu ogromne znaczenie dla funkcjonowania organizacji ubezpieczeniowej ma ocena głównych jej współpracowników (agentów ubezpieczeniowych

oraz pracowników) z perspektywy interesariuszy, tj. klientów indywidualnych i organizacji – klientów instytucjonalnych.

Cel

Celem badawczym niniejszego opracowania jest zaprezentowanie w ujęciu empirycznym oceny personelu w działalności marketingowej zakładów ubezpieczeń z perspektywy klientów indywidualnych i instytucjonalnych (firmy, organizacje), jak również ustalenie podobieństw i różnic w dokonywanej ocenie pomiędzy badanymi grupami.

Materiał i metody badawcze

Badania przeprowadzono na losowo dobranej grupie klientów indywidualnych i instytucjonalnych z terenu sześciu województw, którzy korzystają z usług majątkowych zakładów ubezpieczeń. Badanie przeprowadzono w latach 2011 i 2012 na próbie 180 klientów indywidualnych oraz 151 klientów instytucjonalnych (MSP). Narzędziem stała się ankieta własnej konstrukcji składająca się z pytań zamkniętych. Analizę badań przeprowadzono za pomocą testu T-studenta. W wypadku niespełnienia założenia o równości wariancji wykorzystano wynik obliczony po korekcie stopni swobody.

Prezentacja wyników badań

W pierwszej kolejności, w tabeli 1, przedstawiono wyniki statystyk opisowych oraz test istotności różnic między grupami (obsługa – kontakt z agentem).

Tab. 1. Ocena personelu – agenta ubezpieczeniowego

	Klienci instytucjonalni		Klienci indywidualni		Wynik testu t	Stopnie swobody df	Istotność testu t
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.			
Życzliwość, otwartość, uprzejmość	9,40	0,87	9,34	1,07	0,56	321	0,578
Wiedza teoretyczna i praktyczna (profesjonalizm)	9,54	0,90	9,47	1,15	0,62	329	0,538
Wygląd zewnętrzny	9,21	1,14	8,47	1,73	4,65	312,35	0,000
Dyspozycyjność	8,37	1,54	8,89	1,45	-3,15	329	0,002
Wysoka kultura osobista	9,42	0,90	9,15	1,26	2,24	321,51	0,026
Punktualność	9,52	0,85	9,27	1,19	2,22	320,57	0,027

Aktywność i zaangażowanie	9,79	0,46	9,48	1,16	3,25	241,75	0,001
Staż współpracy	9,27	0,88	9,02	1,49	1,89	297,53	0,060

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Dyspozycyjność została znacznie wyżej oceniona przez klientów indywidualnych ($t(329)=3,15$; $p=0,002$). W wypadku klientów instytucjonalnych obsługa ubezpieczeń (ich weryfikacja np. pod kątem wpływających terminów) spoczywa zazwyczaj na konkretnej osobie. Dla klienta instytucjonalnego znacznie ważniejsze niż dla indywidualnego okazały się:

- wygląd zewnętrzny ($t(312,4)=4,65$; $p<0,001$),
- wysoka kultura osobista ($t(321,5)=2,24$; $p=0,026$),
- punktualność ($t(320,6)=2,22$; $p=0,027$),
- aktywność i zaangażowanie ($t(241,8)=3,25$; $p=0,001$).

Następnie przeprowadzono analizę, na której podstawie wykazano różnice pomiędzy klientami indywidualnymi a instytucjonalnymi w kontakcie z pracownikami. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tab. 2. Ocena personelu – pracownika

	Klienci instytucjonalni		Klienci indywidualni		Wynik testu t	Stopnie swobody df	Istotność testu t
	Średnia	Odch. stand.	Średnia	Odch. stand.			
Życzliwość, otwartość, uprzejmość	8,63	1,28	9,24	1,38	-4,13	325	0,000
Wiedza teoretyczna i praktyczna (profesjonalizm)	8,97	1,35	9,22	1,49	-1,58	329	0,115
Wygląd zewnętrzny	9,21	0,97	8,44	1,76	4,98	287,18	0,000
Dyspozycyjność	8,95	0,94	8,74	1,68	1,42	289,79	0,158
Wysoka kultura osobista	9,05	1,08	9,05	1,53	-0,03	319,79	0,980
Punktualność	9,40	1,19	9,18	1,43	1,55	329	0,123
Aktywność i zaangażowanie	9,66	1,27	9,23	1,51	2,80	329	0,005
Staż współpracy	8,52	1,70	8,89	1,67	-1,99	328	0,047

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

Życzliwość, otwartość, uprzejmość pracowników została znacznie wyżej oceniona przez klientów indywidualnych ($t(325)=4,13$; $p<0,001$), podobnie jak staż współpracy ($t(328)=1,99$; $p=0,047$). Dla klienta instytucjonalnego istotnie ważniejsze niż dla indywidualnego były:

- wygląd zewnętrzny ($t(287)=4,98$; $p<0,001$),
- aktywność i zaangażowanie ($t(329)=2,8$; $p=0,005$).

Podsumowanie i wnioski

Specyfiką obecnych czasów jest konkurowanie przedsiębiorstwa i staje się ono istotnym i wielopłaszczyznowym obszarem dociekań badawczych w naukach o zarządzaniu. Nie można zakwestionować refleksji, że nie ma gotowych rozwiązań zapewniających każdemu przedsiębiorstwu zdobycie stabilnej przewagi konkurencyjnej gwarantującej osiągnięcie sukcesu rynkowego. Jednym z głównych czynników w organizacji, przesądzających o zdobyciu relatywnie trwałej przewagi konkurencyjnej, są rzadkie, wartościowe zasoby, do których zalicza się zasoby ludzkie. Posiadanie zasobów materialnych i niematerialnych, kluczowych kompetencji czy kapitału ludzkiego, nie zwalnia organizacji z konieczności stałego monitoringu konkurentów oraz adaptowania sprawdzonych i skutecznych metod postępowania. Dla zakładów ubezpieczeń personel jest jednym z najważniejszych aspektów ich działalności. Diagnoza oceny personelu z perspektywy klientów indywidualnych i instytucjonalnych pozwoli zakładom ubezpieczeń rozwijać się na konkurencyjnym rynku.

Przeprowadzona analiza pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków:

1. Istnieją istotne różnice w zakresie oceny agenta zakładu ubezpieczeń dokonywanej z perspektywy interesariuszy – klienta indywidualnego i instytucjonalnego. Dyspozycyjność została znacznie wyżej oceniona przez klientów indywidualnych. Dla klienta instytucjonalnego znacznie ważniejsze niż dla indywidualnego okazały się: wygląd zewnętrzny, wysoka kultura osobista, punktualność, aktywność i zaangażowanie;
2. Istnieją istotne różnice w zakresie oceny pracownika zakładu ubezpieczeń dokonywanej z perspektywy interesariuszy – klienta indywidualnego i instytucjonalnego. Życzliwość, otwartość, uprzejmość pracowników została znacznie wyżej oceniona przez klientów indywidualnych, podobnie jak staż współpracy. Dla klienta instytucjonalnego istotnie ważniejsze niż dla indywidualnego były: wygląd zewnętrzny, aktywność i zaangażowanie.

Bibliografia

Adamkiewicz-Drwiłło H.G. (2010), *Konkurencyjność przedsiębiorstw w świetle uwarunkowań współczesnej gospodarki*, Dom Organizatora, Toruń.

Adamkiewicz-Drwiłło H.G. (2002), *Uwarunkowania konkurencyjności przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Badrinarayanan V., Arnett D.B. (2008), *Effective virtual New product development teams: an integrated framework*, Journal of Business and Industrial Marketing.

Białopiotrowicz G. (2009), *Kreowanie wizerunku w biznesie i polityce*, Poltex, Warszawa.

Gilmore A. (2006), *Usługi. Marketing i zarządzanie*, PWE, Warszawa.

Kisiel M. (2005), *Internet a konkurencyjność banków w Polsce*, CeDeWu, Warszawa.

Nowotarska-Romaniak B. (1996), *Marketing usług ubezpieczeniowych*, PWE, Warszawa.

Stankiewicz M.J. (2005) *Konkurencyjność przedsiębiorstwa*, [w:] *Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w warunkach globalizacji*, Dom Organizatora, Toruń.

Szymoniuk B.(red) (2006), *Komunikacja marketingowa*, PWE, Warszawa.

Szymoniuk B. (2011), *Wizerunek biznesowy w procesie komunikacji marketingowej*, [w:] Z. Waśkowski (red.), *Komunikacja rynkowa. Kultura. Perswazja. Technologia*. Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Zeszyty Naukowe 209, Poznań.

Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o pośrednictwie ubezpieczeniowym, (Dz. U. nr 124, poz. 1154 z późn. zm.).

Agnieszka Bem

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Plany ubezpieczeniowe zarządzane przez pacjenta

The consumer directed plans of insurance

Abstract: The paper present the problem of consumer-directed plans. It conceters on the plans' construction and effects of introduction, using the example of United States.

Key words: consumer-directed health plans, health care

Wstęp

Jednym z podstawowych problemów współczesnej ochrony zdrowia są stale rosnące wydatki na świadczenia zdrowotne. Kreuje to nacisk na poszukiwanie rozwiązań, które będą umożliwiały lepszą kontrolę kosztów świadczeń. Jednym z rozwiązań w tym obszarze są plany ubezpieczeniowe zarządzane przez pacjentów, które poprzez umożliwienie swobodnego i, co istotne, świadomego wyboru świadczeniodawców powinny prowadzić do racjonalnej i efektywnej alokacji zasobów. Oszczędności nie są przy tym celem pierwszego rzędu – kluczowe znaczenie ma zaangażowanie ubezpieczonych w proces leczenia, zwiększanie ich świadomości i zaangażowania.

Celem artykułu jest analiza rozwiązań w zakresie planów zarządzanych przez pacjentów oraz sformułowanie warunków niezbędnych dla wdrożenia tego typu rozwiązań. Metody badawcze zastosowane w pracy to przede wszystkim analiza literatury w badanym obszarze, krytyczna analiza i porównanie wyników badań empirycznych uzyskanych w Stanach Zjednoczonych oraz analiza danych statystycznych.

Konstrukcja planów ubezpieczeniowych zarządzanych przez pacjentów

Podstawowym problemem amerykańskiej ochrony zdrowia są rosnące koszty – na przestrzeni lat 1960–2010 wydatki na ochronę zdrowia w Stanach Zjednoczonych wzrosły z 5,5% do 17,6% PKB. Rozwój koordynowanej opieki zdrowotnej (*Health Maintenance Organization – HMO*, *Preferred Provider Organization – PPO*) w latach 80. i 90. XX w., pomimo pokładanych w nich nadziei, nie przyniosły spowolnienia wzrostu kosztów. Pomimo tak znacznych nakładów na świadczenia zdrowotne w 2009 r. 16,7% populacji, czyli 50,7 mln osób nie posiadało ubezpieczenia zdrowotnego – najczęściej ubezpieczenia nie mają osoby młode (w wieku 29–34 lata) – 29% osób, robotnicy o niskich dochodach oraz zatrudnieni w małych firmach nieoferujących benefitów w postaci ubezpieczenia [Iezzoni, Frakt, Pizer 2011].

Plany ubezpieczeniowe zarządzane przez pacjenta zaczęły się rozwijać na początku XXI w. Początkowo koncentrowano się na wprowadzeniu elementów o charakterze konsumenckim, takich jak np. możliwość wyboru pomiędzy lekami oryginalnymi a generycznymi czy korzystania z całodobowej infolinii, w ramach planów ubezpieczeniowych typu PPO (*preferred provider organization medical plans*) [Hughes-Cromwick, Root, Roehrig 2007]. W 2003 r. *Medicare Modernization Act* (MMA) wprowadził rachunki oszczędnościowe umożliwiające gromadzenie środków na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych (*Health Savings Accounts – HSA*). W przeciwieństwie do wcześniej funkcjonujących rozwiązań na rachunki tego typu wpływają realne środki, co umożliwia uzyskiwanie odsetek od zgromadzonych środków oraz ich przenoszenie [Lo Sasso, Helmchen, Kaestner 2010].

Wdrożenie planów ubezpieczeniowych zarządzanych przez pacjenta (*consumer-driven health plan* lub *consumer-directed health plan – CDHP*) oznacza przejęcie przez ubezpieczonego odpowiedzialności za decyzje związane z finansowaniem świadczeń zdrowotnych – deklarowanym celem jest nie tylko kontrola kosztów, ale również satysfakcja pacjenta wynikająca z wolności wyboru świadczeniodawcy i poczucia kontroli nad wydatkami [Ha, Lee 2011]. Prawidłowo zaprojektowany program powinien, w założeniach, przynosić istotne oszczędności bez wpływu na stan zdrowia ubezpieczonych [American Academy of Actuaries Consumer-Driven Health Plans Work Group 2009, s. 2]. Podstawowymi elementami konstrukcyjnymi planów zarządzanych przez pacjenta są:

1. plan ubezpieczeniowy o wysokim udziale własnym (*high deductible health plan – HDHP*),
2. rachunek umożliwiający gromadzenie środków, które mogą być przeznaczone zasadniczo wyłącznie na świadczenia zdrowotne.

Plany ubezpieczeniowe typu HDHP charakteryzują się wyższym niż tradycyjne plany ubezpieczeniowe rocznym limitem wydatków, które pacjent musi pokryć z własnej kieszeni (wydatki typu *out-of-pocket* – OOP), zanim ubezpieczyciel przejmuje finansowanie świadczeń. Wydatki te obejmują generalnie udział własny, współpłatność bądź współubezpieczenie lub inne wydatki, poza składkami ubezpieczeniowymi. Plany tego typu zazwyczaj oferują, bez finansowego udziału pacjenta (bądź z udziałem na niższym poziomie), świadczenia z zakresu profilaktyki i badań przesiewowych, jak np. okresową ocenę stanu zdrowia połączoną z badaniami diagnostycznymi, opiekę prenatalną i pediatryczną, szczepienia, programy walki z nadwagą, badania przesiewowe w kierunku nowotworów, chorób serca, chorób zakaźnych, zaburzeń słuchu, uzależnień i inne [Department of the Treasury 2013], [Knight 2007], [Christianson, Parente, Feldman 2004]. Daje to pacjentowi możliwość zaangażowania w działania związane z zachowaniem dobrego stanu zdrowia.

Plany ubezpieczeniowe typu HPDP są zdecydowanie tańsze – o mniej więcej 50% niż tradycyjne plany, pokrywające koszty świadczeń „od pierwszego dolara” (*first-dollar coverage*), co jest wynikiem zmniejszenia potencjalnego zaangażowania ubezpieczyciela [Knight 2007].

W Stanach Zjednoczonych funkcjonują obecnie następujące typy rachunków oszczędnościowych:

1. *Health savings accounts* (HSA);
2. *Medical savings accounts* (MSA);
3. *Health flexible spending arrangements* (FSA);
4. *Health reimbursement arrangements* (HRA).

Szerszy opis funkcjonowania poszczególnych typów medycznych rachunków oszczędnościowych wykracza zakresem poza temat niniejszego opracowania. Generalną cechą medycznych rachunków oszczędnościowych jest możliwość gromadzenia środków, które mogą być przeznaczone wyłącznie na świadczenia zdrowotne lub, w określonych przypadkach, na składki ubezpieczeniowe. Najczęściej środki na rachunek mogą być wpłacane zarówno przez pracownika, jak i przez pracodawcę (w tabeli 1 zostały zaprezentowane średnie obciążenia ponoszone przez pracodawcę i pracownika w ramach planów typu HDHP z rachunkiem typu HRA i HSA w 2010 r.). Środki gromadzone na rachunkach są zwolnione z opodatkowania. Dostępność rachunków dla poszczególnych grup ubezpieczonych, sposób zarządzania, możliwości rolowania środków, ich przenoszenia czy nawet przeznaczenia na cele emerytalne zależy od wybranego rozwiązania.

Tab. 1. Obciążenie pracodawcy i pracownika z tytułu ubezpieczenia typu HDHP

	HDHP/HRA		HDHP/HSA	
	<i>Osoba samotna</i>	<i>Rodzina</i>	<i>Osoba samotna</i>	<i>Rodzina</i>
Składka ubezpieczeniowa	4,702	13,068	4,233	11,683
Część składki finansowana przez ubezpieczonego	799	3,604	444	3,457
Roczny udział własny	1,737	3,577	2,096	4,006
Limit wydatków typu OOP pracownika	3,662	7,096	3,186	6,066
Wpłata pracodawcy na rachunek oszczędnościowy	907	1,619	558	1,006
Łączne obciążenie pracodawcy z tytułu ubezpieczenia	4,810	11,083	4,197	9,910
Łączne obciążenie z tytułu ubezpieczenia	5,608	14,678	5,136	13,979

Źródło: opracowanie na podstawie: Glaxton G., DiJulio B., Finder B., Lundy J. (2010), *Employer Health Benefits. Annual Survey 2010*, Henry J. Kaiser Family Foundation.

Zakres świadczeń, na które mogą być przeznaczone zgromadzone środki na medycznych rachunkach oszczędnościowych, jest zazwyczaj szerszy niż w tradycyjnych planach (np. badania genetyczne) – pacjenci mają możliwość wyboru usług, które uważają za najistotniejsze w ich sytuacji.

Zakres decyzji podejmowanych przez pacjenta w ramach planów zarządzanych przez pacjenta obejmuje:

1. wybór planu ubezpieczeniowego, najbardziej odpowiadającego potrzebom ubezpieczonego (wiek, stan zdrowia, stan rodzinny),
2. wybór lekarza i szpitala – możliwości wyboru są ograniczone przez dostępność informacji o świadczeniodawcy; w praktyce często ograniczają się do rezygnacji z usług danego lekarza lub szpitala,
3. wybór metody leczenia (badań diagnostycznych, farmaceutyków, procedur chirurgicznych itd.) – w praktyce często przybiera formę nie tyle wyboru konsumenta, ile aktywniejszej partycypacji w procesie leczenia [Taylor 1998].

Elementem, który wyróżnia plany zarządzane przez pacjentów, jest ich połączenie z narzędziami internetowymi, umożliwiającymi podejmowanie świadomych wyborów [Christianson, Parente, Taylor 2002]. Ubezpieczeni

dysponują możliwością zarządzania swoimi wydatkami za pomocą narzędzi internetowych takich jak:

1. narzędzia umożliwiające „śledzenie” wydatkowanych środków,
2. narzędzia umożliwiające „zakup” świadczeń (porównanie cen czy kwalifikacji świadczeniodawców),
3. narzędzia umożliwiające edukowanie ubezpieczonych i poszukiwanie informacji [Christianson, Parente, Taylor 2002].

Zastosowanie powyższych narzędzi wyróżnia plany zarządzane przez pacjentów od innych planów ubezpieczeniowych, które wprowadzają zachęty do wyboru świadczeniodawców na podstawie kosztów i jakości świadczeń [Christianson, Parente, Feldman 2004]. Ograniczeniem w tym wypadku stają problemy w stosowaniu dostępnych narzędzi przez ubezpieczonych – pierwsze badania wykazywały, że tylko dla nielicznych pacjentów narzędzia internetowe były proste w użytkowaniu – należy jednak oczekiwać poprawy w tym zakresie wraz z upowszechnianiem nowych rozwiązań [Davis 2004].

Charakterystyczne dla planów zarządzanych przez pacjentów jest takie połączenie planu ubezpieczeniowego i rachunku oszczędnościowego, które kreuje lukę (*gap*, „*doughnut hole*”) pomiędzy środkami zgromadzonymi na rachunku a poziomem rocznego udziału własnego ubezpieczonego [Christianson, Parente, Taylor 2002], [Bertko 2004] [Samuel, Raleighb, Hower 2003].

W ramach planów CDHP część środków jest przekazywana przez pracodawcę na rachunek oszczędnościowy, w którego ramach ubezpieczony nabywa świadczenia. Jeżeli roczne wydatki na świadczenia zdrowotne przekraczają środki zgromadzone na rachunku, ubezpieczony finansuje świadczenia we własnym zakresie aż do osiągnięcia poziomu maksymalnego udziału własnego. Powyżej tego poziomu finansowanie świadczeń przejmuje ubezpieczyciel na ogólnych zasadach przewidzianych dla danego planu [Christianson, Parente, Feldman 2004]. Nie wyklucza to zatem dalszego zaangażowania finansowego pacjenta aż do osiągnięcia maksymalnego pułapu wydatków (wydatki typu *out-of-pocket* – OOP), powyżej którego rozpoczyna się ubezpieczenie wydatków katastrofalnych obejmujące 100% kosztów świadczeń.

Rysunek 1 prezentuje zasadę funkcjonowania omawianych rozwiązań – ubezpieczony finansuje świadczenia w ramach środków zgromadzonych na rachunku – w tym wypadku jest to 500 dol. Po ich wykorzystaniu „wpada w lukę” – do wysokości 1 tys. dol. (limit udziału własnego) finansuje świadczenia w ramach środków własnych. Po przekroczeniu limitu udziału własnego zaczyna działać plan ubezpieczeniowy, a w ramach niego pacjent uczestniczy

- plany CDHP w większym stopniu angażowały środki własne ubezpieczonych (w 2004 r. luka w ramach planów CDHP wynosiła średnio 500 dol. w porównaniu z 300 dol. w wypadku planów typu PPO);
- plany ubezpieczeniowe typu CDHP były tańsze niż plany typu PPO; wśród ubezpieczonych, którzy mieli możliwość wyboru, 16% wybrało plan CDHP.

Krytyka planów typu CDHP opiera się przede wszystkim na następujących obserwacjach [Hughes-Cromwick, Root, Roehrig 2007]:

1. plany CDHP powodują pozytywną selekcję, która prowadzi do pozostawiania w tradycyjnych planach osób o gorszym stanie zdrowia i niższych dochodach, co może prowadzić do podwyższania składek ubezpieczeniowych;
2. nie prowadzi do wystarczająco wysokiej redukcji kosztów;
3. niska wybieralność planów CDHP spowodowana niezadowoleniem sugeruje ograniczony rozwój w przyszłości.

Kontrowersyjność planów CDHP wynika przede wszystkim z większych obciążeń finansowych (wyższego poziomu współpłacenia), co prowadzi do obniżenia dobrobytu ubezpieczonych, choć jednocześnie ograniczają one zjawisko hazardu moralnego związanego z posiadaniem ochrony ubezpieczeniowej. Pozostaje w konflikcie z teoriami mówiącymi o ograniczonym zakresie hazardu moralnego w wypadku niektórych świadczeń zdrowotnych, szczególnie w opiece stacjonarnej [Lo Sasso, Helmchen, Kaestner 2010]. Należy jednak wziąć pod uwagę fakt, że podstawowym celem towarzyszącym rozwojowi planów CDHP jest nie tyle zwiększanie współpłacenia, a przez to hazardu moralnego i kosztów świadczeń, ale wyposażenie ubezpieczonych w narzędzia umożliwiające świadome podejmowania decyzji w obszarze zdrowia [Rosenthal, Milstein 2004].

Podsumowanie

Uważa się, że zakup świadczeń zdrowotnych na rynku przez miliony pacjentów, dzięki transparentności w zakresie cen i jakości świadczeń oraz możliwości całkowicie wolnego wyboru, powinien przynieść istotne zmiany w funkcjonowaniu świadczeniodawców [Powell, Laufer 2010]. Plany zarządzane przez pacjentów, ze względu na niższe składki, mogą stanowić rozwiązanie dla osób, które nie mają możliwości nabycia tradycyjnego planu, jednak w wypadku osób starszych, w gorszym stanie zdrowia lub cierpiących na chroniczne schorzenia obciążenia mogą być znacząco wyższe, co prowadzi do pozytywnej selekcji. Kolejną istotną barierą wydaje się kwestia możliwości podejmowania decyzji przez pacjentów, wymagająca nie tylko wiedzy i umiejętności korzystania z narzędzi informatycznych, ale również znacznego zaangażowania. Prawdopodobnie jest to przyczyną ich wciąż niskiej popularności – w 2010 r.

w USA zaledwie 16% pracowników, którzy mieli możliwość wyboru, zdecydowało się na tego typu ubezpieczenie [Glaxton, DiJulio, Finder B. Lundy 2010].

Pozostaje pytanie, czy podobne rozwiązania mogą być wprowadzone w Polsce? Z pewnością system powszechnego ubezpieczenia nie stwarza bodźców do wdrażania tego typu form ubezpieczenia. Uzasadniona wydaje się jednak ocena skutków wprowadzenia świadczeń podobnych nie tyle w zakresie finansowania, ile przede wszystkim w obszarze wspierania postawy konsumenckiej wśród pacjentów. Ciekawym obszarem w tym kontekście może stać się opieka długoterminowa czy opieka nad osobami niepełnosprawnymi, w której pacjent mógłby podejmować samodzielnie (lub częściowo samodzielnie) decyzje dotyczące zakresu świadczeń medycznych czy opiekuńczych w ramach dostępnej puli środków.

Bibliografia

American Academy of Actuaries Consumer-Driven Health Plans Work Group. (2009). *Emerging Data on Consumer-Driven Health Plans*. American Academy of Actuaries.

Beeuwkes Buntin M., Damberg C., Haviland A., Kapur K., Lurie N., McDevitt R. i inni. (2006). *Consumer-Directed Health Care: Early Evidence About Effects On Cost And Quality*, „Health Affairs”, nr 25, ss. 516–530.

Bertko, J. (2004, August), *Commentary – Looking at the Effects of Consumer-Centric Health Plans on Expenditures and Utilization*, „Health Services Research”, nr 4 (39), s.1211–1218.

Christianson J.B., Parente S.T., Feldman R. (2004, August), *Consumer Experiences in a Consumer-Driven Health Plan*, „Health Services Research”, nr 4 (39), s. 1123–1139.

Christianson J., Parente S., Taylor, R. (2002), *Defined Contribution Health Insurance Products: Development and Prospects*, „Health Affairs”, nr 1 (21), ss. 49–64.

Davis K. (2004, August), *Consumer-Directed Health Care: Will It Improve Health System Performance?*, „Health Services Research”, nr 4 (39), ss. 1219–1233.

Department of the Treasury (2013), *Health Savings Accounts and Other Tax-Favored Health Plans*. Publication 969, Department of the Treasury, Internal Revenue Service.

Glaxton G., DiJulio B., Finder B., Lundy J. (2010), *Employer Health Benefits. Annual Survey 2010*. Henry J. Kaiser Family Foundation.

Ha S., Lee Y.J. (2011), *Determinants of consumer-driven healthcare. Self-confidence in information search, health literacy, and trust in information sources*, „International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing”, nr 5, ss. 8–24.

Hughes-Cromwick P., Root S., Roehrig C. (2007, April), *Consumer-Driven Healthcare: Information, Incentives, Enrollment, and Implications for National Health Expenditures*, „Business Economics”, ss. 43–57.

Iezzoni L.I., Frakt A.B., Pizer S.D. (2011), *Uninsured persons with disability confront substantial barriers to health care services*, „Disability and Health Journal”, nr 4, ss. 238–244.

Knight J.G. (2007), *Consumer-directed Health Care: Except for the Healthy and Wealthy It's Unwise*, „Journal of General Internal Medicine”, nr 10 (22), s. 1483.

Lo Sasso A.T., Helmchen L.A., Kaestner R. (2010), *The effects of Consumer-Directed Health Plan on Health Care Spending*, „The Journal of Risk and Insurance”, nr 1 (77), ss. 85–103.

Lo Sasso A.T., Shah M., Frogner B.K. (2010, August), *Health Savings Accounts and Health Care Spending*, „Health Services Research”, nr 4 (45), ss. 1041–1059.

Moser J.W. (2005), *Health Savings Accounts: Description, Analysis, and Implications*, „Journal of American College of Radiology”, nr 2, ss. 1008–1015.

Parente S.T., Feldman R., Christianson J. B. (2004, August), *Employee Choice of Consumer-Driven Health Insurance in a Multiplan, Multiproduct Setting*, „Health Services Research”, nr 4 (39), ss. 1091–1112.

Powell P.T., Laufer R. (2010), *The promises and constraints of consumer-directed healthcare*, „Business Horizons”, nr 53, ss. 171–182.

Rosenthal M., Milstein A. (2004, August), *Awakening Consumer Stewardship of Health Benefits: Prevalence and Differentiation of New Health Plan Models*, „Health Services Research”, nr 4 (39), ss. 1055–1070.

Samuel T.W., Raleigh S.G., Hower J.M. (2003), *The next stage in the health care economy: aligning the interests of patients, providers, and third-party payers through consumer-driven health care plans*, „The American Journal of Surgery”, nr 186, ss. 117–124.

Taylor H. (1998, December), *Consumer-driven Health Care: The World Turned Upside Down?*, „Ophthalmology”, nr 12 (105), ss. 2169–2170.

Magdalena Brzozowska–Woś

Politechnika Gdańska

Elektroniczne instrumenty komunikacji marketingowej w marketingu usług medycznych

Electronic marketing communication tools in the marketing of medical services

Abstract: There is no doubt that many polish healthcare providers use the Internet to communicate with patients. At the same time they want to create a brand image as being more modern and attractive. The electronic marketing communication (especially information websites, social websites, blogs, forums, microblogs, search engines, mobile marketing) is increasingly important in marketing of medical services is because patients are increasingly proactive about their healthcare. The use of electronic marketing communication tools aimed at attracting more patients is limited by the Polish law. The article describes a part of results of the qualitative research. Focus groups interviews conducted to assist with evaluation inter alia the promotion tools of healthcare services.

Key words: electronic marketing communication tools, marketing of medical services, brand image

Wprowadzenie

Działania z zakresu komunikacji z rynkiem od lat wykorzystywane są przez działających na polskim rynku producentów sprzętu medycznego, farmaceutyków czy też artykułów medycznych. Jednak podmioty świadczące usługi zdrowotne zmagają się z poważnymi ograniczeniami prawnymi w obszarze komunikacji z klientami. Obowiązujące w Polsce ustawodawstwo oraz uchwały podjęte przez Naczelną Radę Lekarską uniemożliwiają podmiotom oferującym świadczenia zdrowotne wykorzystanie pełnego wachlarza działań promocyjnych. Placówki medyczne muszą dopasowywać się do konkurencyjnego otoczenia, dlatego

coraz częściej stawiają na jakość usług, chcąc, by w konsekwencji przełożyła się ona na satysfakcję klientów, a w rezultacie na ich lojalność. Podobnie jak w innych sektorach na rynku usług medycznych coraz bardziej liczy się wizerunek marki placówki, kształtowany w dużym stopniu przez doświadczenia pacjentów oraz skuteczność przyjętej polityki komunikacji z rynkiem.

Celem opracowania jest ukazanie specyfiki kształtowania polityki komunikacji rynkowej dla usług medycznych ze szczególnym uwzględnieniem możliwości, jakie daje wykorzystanie narzędzi komunikacji elektronicznej.

Marketing usług medycznych

Stosowanie marketingu w obszarze usług medycznych nie jest w Polsce czymś nowym, jednak nadal można odnieść wrażenie, iż w wielu wypadkach decydenci w placówkach oferujących świadczenia zdrowotne nie zdają sobie w pełni sprawy z roli, jaką odgrywają pacjenci (klienci), i nie wykorzystują w działaniach placówek orientacji marketingowej, nie wspominając o orientacji holistycznej. Szczególnie w wypadku podmiotów publicznych rzadko stosowane jest podejście zmierzające do budowania kompleksowego zadowolenia pacjentów. Często wynika to z mniejszej rywalizacji między podmiotami publicznymi niż w przypadku prywatnych placówek, których konkurencja o pacjentów jest znacznie bardziej widoczna.

W teorii marketingu pojęcie usługi jest różnie definiowane, jednak większość autorów podkreśla jej niematerialny charakter, brak transferu własności, nierozdzielność produkcji i konsumpcji oraz trudności standaryzacji. A. Payne określił ją jako produkt niematerialny, oddziałujący bezpośrednio na klienta, ale niepowodujący przeniesienia prawa własności [1997, s. 20]. Większość usług, w tym również usługi medyczne, jest w mniejszym lub większym stopniu wspierana przez przedmioty umożliwiające ich realizację, czyli świadczenie. Świadczeniodawcami usług medycznych są: zakłady opieki zdrowotnej, osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki, osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej [Opolski 2003, s. 21]. Usługi opieki zdrowotnej służą „zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innym działaniom medycznym wynikającym z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” [Dz. U. Nr 112, 2011, poz. 654, art. 2, pkt. 10]. Mogą one być świadczone zarówno odbiorcom indywidualnym, jak i grupowym, a ich cechy – niematerialność, nierozłączność, zróżnicowanie i nietrwałość – w istotnym stopniu wpływają na kształtowanie polityki komunikacji z rynkiem.

Niematerialność usług opieki zdrowotnej wyraża się nie tylko w tym, że trudno je przed zakupem dotknąć i odczuć. Aby zmniejszyć niepewność,

klienci szukają wszelkiego rodzaju dowodów potwierdzających wysoką jakość usług. Mogą nimi być zachowanie, wygląd oraz doświadczenie personelu, wygląd placówki i jej pomieszczeń, wykorzystywanego sprzętu, materiałów informacyjnych, symboli oraz ceny [Kotler 2011, ss. 369–371]. Dowody fizyczne odgrywają istotną rolę w procesie przekształcania niematerialnych usług w konkretne korzyści postrzegane przez klientów usług medycznych.

Nierozdzielność usługi odnosi się do jednoczesności jej świadczenia przez świadczeniodawcę i konsumowania przez klienta. Postęp technologiczny wyeliminował konieczność przebywania w jednym miejscu usługodawcy i usługobiorcy [Kotler 2011, ss. 371–372]. Coraz częściej przeprowadza się konsultacje medyczne przez Internet lub telefonicznie, rzadkością nie jest już także przeprowadzanie zabiegów operacyjnych na odległość. Niekiedy dochodzi też do współtworzenia usługi przez pacjenta. Przykładem może być funkcja pacjenta w rozpoznaniu choroby i przebiegu terapii. W procesie realizacji usługi medycznej istotną rolę mogą odgrywać także inni usługobiorcy – pacjenci posiadający doświadczenie w przebiegu tej samej choroby.

Usługi charakteryzują się również zróżnicowaniem, gdyż są realizowane przez różnych świadczeniodawców, w różnych miejscach i czasie. Ich różnorodność przekłada się na trudność w utrzymaniu jednakowych standardów jakości oraz odmiennosć poziomu realizowanych transakcji w ramach świadczonych usług. Szczególnie w usługach zdrowotnych ważne jest, by ograniczyć ewentualne błędy [Kotler 2011, s. 372].

Nietrwałość usługi będącej procesem dotyczy niemożliwości jej magazynowania. Świadczenie zdrowotne jest realizowane w momencie, gdy występuje na nie zapotrzebowanie [Kotler 2011, s. 372].

Amerykańskie Stowarzyszenie Marketingu [2007] zdefiniowało marketing jako działalność, zbiór instytucji oraz procesów tworzenia, komunikowania, dostarczania i wymiany ofert mających wartość dla klientów, kontrahentów, partnerów oraz ogółu społeczeństwa. Ta definicja uwypukla znaczenie marketingu dla ogółu społeczeństwa jako szerszej działalności i jednocześnie procesu edukacyjnego, a nie – jak uważano do niedawna – jedynie funkcji systemu zarządzania. Co więcej, są w niej wyodrębnione cztery komponenty (tworzenie, komunikowanie, dostarczanie oraz wymiana), które wpływają na postrzeganie wartości produktu, niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z dobrem materialnym, czy z usługą.

Można założyć, że pierwszy z tych komponentów – tworzenie – polega na nawiązywaniu współpracy korzystnej dla wszystkich podmiotów sieci relacji (m.in. klientów, pracowników, udziałowców/akcjonariuszy, pośredników, szeroko pojętych dostawców i partnerów), by stworzyć ofertę postrzeganą jako wartościowa. Istotne jest funkcjonowanie na rynku na podstawie orientacji

holistycznej opierającej się na rozwijaniu, projektowaniu i wdrażaniu programów marketingowych, procesów i działań uwzględniających szerokie ujęcie i występujące wewnątrz organizacji i poza nią wzajemne zależności. Istotne jest również działanie zgodne z zasadą, że w marketingu wszystko ma znaczenie [Kotler, Keller 2012, ss. 20–26].

Komunikowanie z kolei ma na celu opisywanie oferty, przekazywanie informacji, ułatwienie procesu uczenia się obecnym i potencjalnym konsumentom. Dzięki niemu klienci potrafią nazwać wcześniej nie do końca sprecyzowane potrzeby i pragnienia, dowiadują się, gdzie mogą znaleźć interesującą ich ofertę. Jednak komunikowanie to również umożliwienie klientom wyrażenia opinii na temat podmiotu i jego oferty. Funkcjonując w burzliwym otoczeniu, organizacje muszą wchodzić w interakcje ze swoimi klientami. Angażując konsumentów w proces komunikacji, korzystają one z szerokiej gamy środków komunikacji marketingowej, w tym z mediów społecznościowych. Te wszystkie elementy wpływają na określenie wartości marki, a zarazem oferty danej organizacji.

Zadaniem dostarczania jest zoptymalizowanie postrzegania wartości oferty dzięki skróceniu czasu i wysiłków klienta, aby uzyskać dostęp do wybranej oferty i z powodzeniem z niej korzystać. Szczególnego znaczenia nabiera proces tworzenia przez daną organizację łańcucha wartości. Obejmuje on ogniwa i funkcje tworzące wartości dla klienta, kształtowanie produkcji, określenie technologii, materialne i logistyczne procesy transformacji, aż po serwis posprzedażny [Romanowska, Trocki 2004, s. 53].

Ostatnim komponentem jest wymiana ofert mających wartość dla klientów, kontrahentów, partnerów oraz ogółu społeczeństwa. Wymiana obejmuje nie tylko zamianę gotówki na towar bądź usługę. Jest szerszym pojęciem, gdyż w swoim zakresie obejmuje również transakcje związane na przykład z wymianą punktów zbieranych w ramach programów lojalnościowych na jakiś produkt (np. w gabinecie stomatologicznym) lub pomoc w pozbyciu się starego, już nieużywanego produktu (utyliczacja leków lub recykling akcesoriów i urządzeń medycznych).

Ustawa o działalności leczniczej określa, jakie podmioty mogą udzielać świadczeń zdrowotnych [Dz. U. Nr 112, poz. 654, 2011, art. 2, ust. 1, pkt 5, art. 4 oraz art. 5]: przedsiębiorcy, SPZOZ, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, Kościoły i związki wyznaniowe oraz prywatne praktyki zawodowe lekarzy, pielęgniarek i położnych (indywidualne oraz grupowe).

Obserwując działanie świadczeniodawców na polskim rynku usług medycznych, można wyróżnić dwa poglądy dotyczące prowadzenia działalności podmiotów oferujących usługi zdrowotne [Krzyżowski 2010]:

- pełna komercjalizacja usług medycznych i traktowanie ich na równi z produktami z innych sektorów usługowych,
- zachowanie wyjątkowości służby zdrowia, hołdujące traktowaniu zdrowia i życia pacjenta jako nadrzędnej zasady prowadzenia działalności.

Pierwsze podejście jest stosowane przez zwolenników pełnej komercjalizacji usług medycznych. Traktują oni świadczenia zdrowotne tak jak inne usługi. Uważają, że pełne podporządkowanie sektora usług medycznych mechanizmom wolnego rynku obniży koszty opieki zdrowotnej i jednocześnie podniesie jakość świadczonych usług. Uważają, iż konkurencja i współzawodnictwo między podmiotami zwiększy dostęp do opieki zdrowotnej i pozwoli obniżyć marnotrawstwo środków. Może pomóc też w obniżeniu wskaźnika błędów popełnianych przez lekarzy, gdyż lekarze – będąc jednocześnie właścicielami prywatnych podmiotów i dbając o swoje zyski – będą bardziej dbać o jakość świadczeń.

Zwolennikami drugiego podejścia są natomiast osoby, które postrzegają służbę zdrowia jako wyjątkowy sektor rynku. W swoich poglądach opierają się na nadrzędnej zasadzie działania przede wszystkim dla dobra pacjenta. Zdaniem przedstawicieli tego podejścia dobro pacjenta winno być priorytetowe, stawiane ponad korzyści lekarza i sektora medycznego. W tym ujęciu zdrowie i życie pacjenta jest warunkiem koniecznym dobra wspólnego.

Jednak nic nie stoi na przeszkodzie, by oba poglądy połączyć. Przykładem mogą być prywatne podmioty, które w swoich działaniach coraz częściej są nastawione na satysfakcję klientów i utrzymywanie z nimi długoterminowych relacji. Z roku na rok Polacy wydają coraz więcej na usługi medyczne. W 2005 r. wydatki te wynosiły 19 mln zł, natomiast sześć lat później suma ta wzrosła do 30,8 mln zł. Jak wynika z szacunków firmy badawczej PRP, w 2014 r. wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej zbliży się do 36 mld zł [Baranowska-Skimina 2012]. W kolejnych latach pacjenci będą mieć coraz większy wybór placówek ochrony zdrowia. Już teraz ich zachowania rynkowe w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych w dużej części można porównać do typowych zachowań konsumenckich. Istotną rolę odgrywa odpowiedni dobór źródeł informacji, z jakich pacjenci mogą korzystać w procesie wyboru tych usług.

Możliwości stosowania elektronicznej komunikacji marketingowej przez podmioty świadczące usługi zdrowotne

Aspekty prawne promowania usług medycznych

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej [Dz. U. Nr 112, 2011, poz. 654] podmiot wykonujący działalność leczniczą może podawać do wiadomości publicznej jedynie informacje dotyczące zakresu oraz rodzajów udzielanych świadczeń medycznych. Zarówno treść, jak i forma tych informacji nie mogą posiadać znamion reklamy. Jednak przepisy nie zawierają definicji reklamy ani delegacji ustawowej do jakiegokolwiek aktu, który stanowiłby regulację tej kwestii. W tej sytuacji podmioty świadczące usługi zdrowotne w ustalaniu treści przekazu zgodnej z prawem zmuszeni są posilkować się słownikowymi definicjami pojęcia reklamy.

Lekarze, w tym też lekarze dentyści, prowadzący praktykę zawodową mogą informować o udzielaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach zgodnych z Uchwałą Nr 29/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentyistów świadczeń zdrowotnych. Informacje powinny zawierać: tytuł zawodowy, imię i nazwisko, miejsce, dni oraz godziny przyjęć. Dodatkowo mogą również obejmować [Uchwała Nr 29/11/VI, 2011, par. 3]: „rodzaj wykonywanej praktyki zawodowej, stopień naukowy, tytuł naukowy, specjalizację, umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, szczególne uprawnienia, numer telefonu, określenie cen i sposobu płatności w wypadku przekazywania tych informacji poprzez zamieszczenie ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne”.

Uchwała zawiera także obostrzenia dotyczące sposobu udostępniania tych informacji. Dopuszcza się stosowanie tablic ogłoszeniowych (pod pewnymi warunkami), ogłoszeń prasowych, informacji zawartych w katalogach teleadresowych i informatorach o usługach medycznych (dział usług lekarskich), zamieszczanie informacji na stronach internetowych, wykorzystywanie telefonów informacyjnych [Uchwała Nr 29/11/VI, 2011, par. 4]. Informacje nie mogą nosić cech reklamy, a w szczególności zawierać [Uchwała Nr 29/11/VI, 2011, par. 5]:

- zachęty i próby nakłonięcia do korzystania z usług medycznych,
- informacji o metodach, ich skuteczności i jakości sprzętu medycznego lub o czasie leczenia oraz obietnic i określeń potocznych,

- określenia cen i sposobu płatności w wypadku przekazywania tych informacji poprzez zamieszczenie ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne.

Również Kodeks Etyki Lekarskiej ogranicza swobodę reklamowania usług medycznych, zobowiązuje ponadto lekarzy i lekarzy dentystów do niewyrażania zgody na użycie ich nazwisk lub wizerunku w celach komercyjnych [Kodeks Etyki Lekarskiej 2003, art. 63].

Przekroczenie uprawnień w kwestii przekazywania informacji na temat podmiotu oraz świadczonych przez niego usług podlega odpowiedzialności zawodowej na zasadach przewidzianych w ustawie o izbach lekarskich. W określonych wypadkach podmiot może też podlegać sankcjom z tytułu naruszenia kodeksu wykroczeń, przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, ustawy o radiofonii i telewizji czy też ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Elektroniczne instrumenty komunikacji marketingowej wspierające wizerunek marki¹

W języku potocznym pojęcie wizerunku oznacza obraz, odzwierciedlenie, wyobrażenie na temat czegoś. Odnosi się on również do marki. W wypadku podmiotów realizujących usługi zdrowotne mamy do czynienia przeważnie z kształtowaniem wizerunku podmiotu. Oferta usługowa sprzedawana jest pod marką danego podmiotu [Budzyński 2003, s. 15].

Markę można zdefiniować jako nazwę, określenie, design, symbol lub też inne właściwości stworzone w celu zidentyfikowania i wyróżnienia spośród konkurencji sprzedawcy (bądź grupy sprzedawców) towarów, usług, idei itp. Wizerunek marki wiąże się z postrzeganiem marki przez pracowników, klientów, konkurentów, dostawców i inne podmioty związane z otoczeniem bliższym organizacji. Ten obraz pozostaje w umysłach pojedynczych osób obcujących z marką. Wizerunek marki jest niemal lustrzanym odbiciem osobowości marki oraz samopoczucia jej użytkownika. Jest tym, co ludzie myślą o marce, czują w odniesieniu do marki oraz tym, czego od niej oczekują [American Marketing Association 2013].

¹ Przedstawione w tym podrozdziale wnioski stanowią część wyników uzyskanych w autorskim badaniu jakościowym, w którym wykorzystano metodę zogniskowanych wywiadów grupowych. W badaniach wzięły udział kobiety i mężczyźni bezdzietni oraz posiadający dzieci, korzystający z usług publicznej i prywatnej służby zdrowia oraz z Internetu. Podstawowym celem przeprowadzonego badania było uzyskanie informacji w zakresie preferencji obywateli w odniesieniu do korzystania z usług medycznych.

Uzyskanie pożądanego wizerunku marki jednostka realizująca usługi medyczne w dużej mierze może kształtować poprzez działania z zakresu komunikacji marketingowej. Jednakże może do tego dążyć, wykorzystując inne czynniki: wdrażaną strategię, pracowników, innowacje procesowe i usługowe, jakość usług, politykę cenową, a nawet działania proekologiczne czy relacje z lokalną społecznością.

Według polskiego prawa informacje o świadczeniach zdrowotnych, nawet jeśli zawierają zabronione elementy, takie jak informacje o rabatach czy możliwości przystąpienia do programów lojalnościowych, nie będą traktowane jako reklama, w sytuacji gdy adresat uprzednio wyraził zgodę na otrzymywanie od danego podmiotu informacji na temat jego oferty. Przydatne mogą się okazać działania z zakresu marketingu bezpośredniego, polegające na wysyłaniu informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej lub SMS z aktualną ofertą lub przypominających o terminie kolejnej wizyty.

Coraz większym powodzeniem cieszą się też aplikacje mobilne, które mogą być przygotowywane specjalnie dla pacjentów niektórych placówek. Jako przykład można podać sieć LUX MED. Korzystając z aplikacji, można zamówić wizytę u wybranego specjalisty, przeglądać profile lekarzy oraz sprawdzić lokalizację placówek.

Na uwagę zasługują także niektóre działania z zakresu public relations oraz techniki przekazu nieformalnego (m.in. marketingu szeptanego).

Internet może pomóc w kształtowaniu wizerunku marki, jednak stanowi on uzupełnienie działań tradycyjnych. Punktem wyjścia jest stworzenie witryny internetowej skojarzonej z marką oraz jej zindeksowanie w najpopularniejszych wśród internautów wyszukiwarkach (zwłaszcza w Google, Bing czy Babylon). Istotne jest również właściwe pozycjonowanie witryny w naturalnych wynikach wyszukiwania (szczególnie wśród pierwszych dziesięciu wyników). Równie ważne jest dodanie nazwy domenowej witryny oraz opisu działalności podmiotu do katalogów stron WWW, katalogów teleadresowych oraz branżowych katalogów firm. Ponieważ głównym celem witryny ma być informowanie, należy zadbać, by użytkownicy na jej stronach mogli znaleźć aktualne informacje, artykuły zawierające porady w kwestiach zdrowotnych czy też filmy instruktażowe. Strona powinna stać się miejscem, do którego pacjenci będą zaglądać, chcąc zdobyć odpowiedzi na nurtujące ich pytania lub skontaktować się z pracownikami placówki poprzez usługę chatu lub komunikator internetowy.

Istotne znaczenie w kształtowaniu wizerunku marki mają także internetowe serwisy informacyjne lub blogi o tematyce zdrowotnej. Obecność na tego typu stronach poprzez publikowanie artykułów, studiów przypadków, umieszczanie komentarzy buduje zaufanie do marki. W ten sposób pracownicy danej placówki mogą sprawić, że zyska ona status eksperta.

Jednak najważniejszym szczeblem rozwoju marki w Internecie jest umiejętność zbudowania wokół niej społeczności. W tych działaniach kluczową rolę będą odgrywać media społecznościowe (m.in. serwisy społecznościowe, fora dyskusyjne, mikroblogi), a przede wszystkim pacjenci. To oni muszą uzmysłwić sobie pożytki, jakie wynikają z korzystania z usług świadczeniodawcy. W takim wypadku dzielą się swoimi opiniami z innymi. Prowadzenie dialogu z uczestnikami społeczności może w dłuższym okresie stanowić podwalinę do nawiązania trwałej relacji i zyskania sympatyków marki. Tacy pacjenci starają się rekomendować świadczeniodawcę nie tylko wśród swoich znajomych, ale również wpisując komentarze i oceniając jakość świadczonych usług zdrowotnych.

Użytkownicy, z którymi nawiązano trwałe relacje, stanowią kluczowe ogniwo, bo to właśnie oni mogą przekazać innym rzetelną ocenę marki. Trzeba jednak pamiętać, iż nawet mały błąd może wywołać strumień negatywnych reakcji internautów, a w konsekwencji doprowadzić do zerwania relacji z marką. Pracownicy mają ogromny wpływ na reputację placówki medycznej – są wykonawcami usług, a jednocześnie podmiotami przekazującymi informacje i wchodzącymi w interakcje z pacjentami. Gdy zawiedzie czynnik ludzki (m.in. niedostateczne kwalifikacje wykonawcy usługi i doświadczenie, małe zaangażowanie w pracę), próba odzyskania utraconych sympatyków i dobrej reputacji może się nie udać.

Zakończenie

Jednostki świadczące usługi zdrowotne przez wszystkie stosowane działania starają się komunikować z potencjalnymi i obecnymi klientami, tworzyć pozytywny, spójny i silny wizerunek marki po to, by doprowadzić do wzrostu jej wartości w oczach potencjalnych klientów, pracowników i kooperantów. W interesie świadczeniodawców usług zdrowotnych leży, by byli postrzegani w jak najlepszym świetle, by potrafili zdobyć zaufanie pacjentów i przekonać ich o swojej trwałości w działaniach. Do wspomagania realizacji tego celu z powodzeniem mogą wykorzystać instrumenty elektronicznej komunikacji marketingowej.

Bibliografia

- Hołub-Iwan J. (2005), *Usługi medyczne*, [w:] S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa (red.), *Współczesna ekonomika usług*, PWN, Warszawa, s. 419.
- Kotler Ph. (2011), *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kotler Ph., Keller K.L. (2012), *Marketing management 14th edition*, Prentice Hall, New Jersey.

Opolski K. (2003), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa.

Payne A. (1997), *Marketing usług*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

Romanowska M., Trocki M. (2004), *Podejście procesowe w zarządzaniu*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.

Bibliografia elektroniczna

American Marketing Association (2007), *Definition of Marketing*, www.marketingpower.com/AboutAMA/Pages/DefinitionofMarketing.aspx, dostęp: 14 stycznia 2008.

American Marketing Association (2013), *Dictionary*, www.marketingpower.com/_layouts/Dictionary.aspx?source=footer, dostęp 2 kwietnia 2013.

Baranowska-Skimina A. (2012), *Rynek prywatnej opieki zdrowotnej 2012*, „eGospodarka.pl”, [online], www.egospodarka.pl/82086,Rynek-prywatnej-opieki-zdrowotnej-2012,1,39,1.html, data dostępu: 19 czerwca 2012.

Krzyżowski P. (2010), *Marketing w Służbie Zdrowia*, „Nowoczesna klinika. Magazyn Prywatnej Ochrony Zdrowia”, [online], www.nowoczesna-klinika.pl/pl/artykuly/15/Zarzadzanie/1/293/Marketing_w_Sluzbie_Zdrowia, dostęp: 19 sierpnia 2010.

Naczelna Izba Lekarska (2003), *Kodeks Etyki Lekarskiej*, http://www.nil.org.pl/___data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf.

Naczelna Rada Lekarska (2011), Uchwała nr 29/11/VI w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentystów świadczeń zdrowotnych, www.nil.org.pl/___data/assets/pdf_file/0013/32053/ru029-11-VI.pdf, [16 grudnia 2011].

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654), isap.sejm.gov.pl/Download?id=WDU20111120654&type=1.

Magdalena Zalewska–Turzyńska
Uniwersytet Łódzki, Wydział Zarządzania

Zintegrowana komunikacja marketingowa w usługach zdrowotnych

Integrated marketing communication in health services

Abstract: This article attempts to develop a list of practical activities in relation to the concept of integrated marketing communications for Health Care service providers. For this objective the theoretical development of literature was used indicating the specific issue of medical services as well as the principles of integrated marketing communications. The possibility and methods to introduce such communication in health care services was analyzed and a synthesis of guidelines and practice recommendation have been prepared.

Key-words: Integrated Marketing Communication, health service.

Wstęp

Usługa jest „dowolnym działaniem, jakie jedna strona może zaoferować innej; jest ono nienamacalne i nie prowadzi do jakiegokolwiek własności. Jego produkcja może być związana lub nie z produktem fizycznym” [Kotler 1994, s. 426]. Według innej definicji usługa „to każda czynność zawierająca w sobie element niematerialności, która polega na oddziaływaniu na klienta lub przedmiot bądź nieruchomości znajdujące się w jego posiadaniu, a która nie powoduje przeniesienia prawa własności. Przeniesienie prawa własności może jednak nastąpić, a świadczenie usługi może być lub też nie być ściśle związane z dobrem materialnym” [Payne 1996, s. 20] Usługa jest niematerialna, jest działaniem lub wytworem tego działania. Ponadto [Altkorn 1992, s. 32] nie może być składowana, przechowywana, magazynowana, dowolnie przemieszczana w przestrzeni – z wyjątkiem tych świadczeń, których istota polega na transporcie lub przekazie elektronicznym. Jest często zindywidualizowana,

trudno poddaje się standaryzacji, ma charakter świadczenia osobistego – związanego z osobą usługodawcy, zaś konsumpcja usługi jest zwykle równoległa z jej świadczeniem,

Usługą zdrowotną natomiast jest „każde świadczenie zdrowotne, czyli świadczenie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania” [Ustawa]. Poddają się one tym samym prawidłowościom co inne usługi i mają te same cechy co inne usługi, jednak posiadają swoją specyfikę wskazaną poniżej.

Mając to na uwadze, należy zwrócić szczególną uwagę na fakt, że specyfika usługowa narzuca odmienną niż produkcyjna formę, treść i sposób konstruowania komunikatów marketingowych. Dlatego celem niniejszego artykułu jest opracowanie propozycji praktycznych działań w odniesieniu do koncepcji zintegrowanej komunikacji marketingowej dla usługodawcy, jakim są Zakłady Opieki Zdrowotnej (ZOZ-y)¹. Zastosowana metoda to w pierwszej części teoretyczne opracowanie literaturowe, wskazujące specyfikę usług medycznych oraz zasady zintegrowanej komunikacji marketingowej. W dalszej części występuje analiza możliwości wprowadzenia ZKM ze względu na cechy takiej komunikacji, a także możliwości i sposoby wprowadzenia jej do ZOZ-ów, i wreszcie w konsekwencji dokonanie syntezy w postaci wytycznych i zaleceń praktycznych.

Usługa zdrowotna w perspektywie marketingu usług

Cechy usług porządkuje się przez zaprzeczenia. Niewątpliwie definiowanie przez negację to nie najzgrabniejsza forma, jednak z pewnością jest to koncepcja już w literaturze usystematyzowana i ugruntowana. Do podstawowych cech usług zalicza się [Kotler 2005, s. 448; Payne 1997, s. 21; Styś 2003, s. 36]:

1. niematerialność,
2. niejednorodność,
3. nierozdzielność,
4. nietrwałość.

Usługi w większości wypadków nie są związane z wytwarzaniem dóbr materialnych. Namacalne produkty mogą być „doświadczane bezpośrednio – widziane, dotykane, wąchane lub próbowane albo testowane” [Levitt, 1981, s. 96], usługi – nie. Dlatego aby ograniczyć niepewność i nieuchwytność, dotyczącą także usług zdrowotnych, przedstawia się je i ocenia za pomocą takich czynników jak: obserwacja miejsca, wyglądu wewnętrznego i zewnętrznego

¹ ZOZ jest w tym opracowaniu rozumiany zgodnie z Ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89, z późn. zm.

podmiotu; ludzi, kompetencji i życzliwości personelu; wyposażenia medycznego; materiałów informacyjnych, sugerujących efektywność i profesjonalizm; dobrze kojarzących się symboli widocznych np. w materiałach informacyjnych [Levitt 1981, s. 94–102]. Wypracowuje się procedurę postępowania z pacjentami, członkami ich rodzin, lekarzami oraz odwiedzającymi. Działania te mają odzwierciedlać wartość dostarczaną klientom [Kotler i in. 2011, s. 370].

Niejednorodność lub różnorodność oznacza, że usługi zdrowotne są niejednolite, niestandardowe i bardzo urozmaicone [Kotler i in. 2011, s. 372], są bowiem świadczone przez lekarzy, których osobiste kwalifikacje mają wpływ na jakość świadczonej usługi. Pacjent nie ma pewności, czy po interwencji lekarskiej zostanie wyleczony, ale nie jest także świadomy skutków zaniechania leczenia. Jednak na ostateczny kształt usługi ma wpływ nie tylko personel, ale również czas i miejsce świadczenia usługi oraz sam usługobiorca, jego konkretny przypadek medyczny, gdyż jakość usługi zdrowotnej nie zależy jedynie od lekarza, ale również od wyjściowego stanu zdrowia pacjenta (stanu zdrowia przed podjęciem leczenia), a także jego konsekwencji w stosowaniu zaleceń lekarskich. Mimo to, aby zapewnić odpowiedni poziom jakości usług i podjąć próbę eliminacji błędów medycznych, dostawcy starają się wprowadzić ich standaryzację, zaś pacjenci, świadomi tej różnorodności, korzystają z opinii innych pacjentów, zanim zgłoszą się po usługę zdrowotną, zwłaszcza jeśli specyfika konkretnej usługi pozwala na porównania i wybór najlepszych specjalistów.

Cecha nierozdzielności wynika z faktu, że usługi są jednocześnie świadczone przez usługodawcę i konsumowane przez klienta. W zasadzie prawie wszystkie usługi medyczne wymagają obecności pacjenta, usługodawca może wykonać na rzecz pacjenta bez jego obecności wyłącznie drobne czynności (np. badania laboratoryjne, ale po tym, jak tamten oddał materiał badawczy, przedłużenie leków branych stale po wcześniej postawionej diagnozie i ustalonym leczeniu).

Warto uzupełnić powyższy katalog cech usług o cechy dodatkowe, charakterystyczne dla usług zdrowotnych. Jest to na przykład brak możliwości udzielenia gwarancji co do rezultatu działania, przynajmniej na część usług zdrowotnych [Bukowska-Piastryńska 2009, s. 17], bowiem wynik leczenia zależy także – i to w znacznym stopniu – od pacjenta, jego stanu początkowego i zaangażowania w proces leczenia. Drugi z czynników to asymetria informacji pomiędzy lekarzem i pacjentem – lekarz wie znacznie więcej od chorego o jego stanie, o konkretnych jednostkach chorobowych i o procesie leczenia. Dlatego tak ważne jest, aby lekarz komunikował się z pacjentem, aby przekazy formułowane były w przystępny sposób, dostosowany do poziomu percepcji chorego oraz aby udzielał informacji zwrotnej na pytania zainteresowanego. Usługi zdrowotne to rodzaj usług aspiracyjnych, „życzeniowych”. Pacjent, po-

trzebując określonej usługi medycznej (diagnostyki, leczenia, opieki, zabiegu, itp.), chciałby kupić produkt o nazwie „zdrowie”. Produkt taki nie znajduje się w podaży, zamiast niego oferuje się rozmaite usługi utrzymania lub poprawy aktualnego stanu zdrowia, a także usługi przywrócenia zdrowia utraconego [Suchecka 2010, ss.79–83].

Usługa opieki zdrowotnej nie powinna podlegać rynkowym regułom maksymalizacji zysku jako podstawowego kryterium działania [Kowalska 2005, s. 224]. Dyskusyjne staje się zagadnienie, czy lekarze mają wpływ na cenę świadczeń, a jeśli tak, to w jakiej specjalności i w jakim stopniu. Zagadnienie to, choć interesujące, nie jest tematem niniejszego artykułu.

Koncepcja zintegrowanej komunikacji marketingowej

Komunikacja marketingowa jest określana jako proces wymiany informacji pomiędzy przedsiębiorstwem a jego otoczeniem, służący realizacji określonej strategii marketingowej przez przedsiębiorstwo [Czarnecki 2003, s. 17].

Oznacza to, że nie wystarcza jednokierunkowe oddziaływanie organizacji na rynek, bowiem w epoce informacyjnej marketing odszedł od koncentracji na produkcie, a klient stał się centrum zainteresowania. Przepływ informacji pomiędzy organizacją a otoczeniem jest swobodny w obu kierunkach; od niej wymaga się wsłuchiwanie się w sygnały płynące od klientów i interakcji z nimi. Zwykle w tym celu wykorzystuje informacje pochodzące z badań marketingowych.

Rozróżnia się stare oraz nowe zasady marketingu, implikując one sposoby komunikacji marketingowej. Przedstawiono je z powodu ograniczonej objętości opracowania w postaci zestawienia w tabeli 1.

Tab. 1. Porównanie tradycyjnych i nowych zasad komunikacji marketingowej

Tradycyjne zasady marketingu	Nowe zasady marketingu
<ul style="list-style-type: none"> – marketing nastawiony na zwiększenie sprzedaży produktów i usług, – dotarcie do jak największego grona odbiorców, – reklama postrzegana jako inwazyjna, – jednostronna komunikacja typu B2C, – poszczególne działania marketingowe prowadzone oddzielnie, – informacje prasowe kanałem komunikacji z klientem, – publikacje prasowe, audycje radiowe lub telewizyjne w zasadzie wyłącznym źródłem informacji o produkcie lub usłudze dla klienta. 	<ul style="list-style-type: none"> – marketing to więcej niż tylko reklama produktu czy usługi, – komunikat reklamowy przekazany, gdy klient rozważa możliwość zakupu produktu lub usługi, – forma reklamy mniej inwazyjna, – komunikacja marketingowa dwustronna, – poszczególne działania marketingowe zintegrowane, – w komunikacji marketingowej partycypację konsumentów przedkłada się nad bierne uczestnictwo, – pojawia się nowa forma komunikacji konsumentów bezpośrednio między sobą.

Zródło: Scott 2007, ss. 39–43, ss. 56–57.

Jak widać na powyższym zestawieniu, obszar komunikacji marketingowej organizacji doświadczył zmian, które można zaobserwować na dwóch płaszczyznach:

1. dywersyfikacji tradycyjnych mediów – pojawienie się rozmaitych kanałów komunikacyjnych, tematycznych kierowanych do konkretnej, w zasadzie wąskiej, grupy odbiorców,
2. pojawienia się nowych sposobów komunikacji – interaktywnych mediów elektronicznych.

Efektem tego jest rozszerzenie dostępnego wachlarza rodzajów kontaktu organizacji z klientem, w ramach poszczególnych środków przekazu pojawia się też większa różnorodność. Działania marketingowe nabrały w konsekwencji formy interaktywnej, zaczęto również wykorzystywać interdyscyplinarne instrumenty komunikacji.

Potrzeba wprowadzenia integracji procesu komunikacji marketingowej powstała, ponieważ działania z zakresu komunikacji marketingowej organizacji bywały niespójne, powielaly się i prowadziły do przekazywania i tworzenia niejednolitego obrazu organizacji. Brak wewnętrznej integracji tych działań prowadził do nadmiernych i nieuzasadnionych wydatków finansowych [Przybyłowski i in. 1998, s. 477].

W przypadku zintegrowanej komunikacji marketingowej – ZKM (*Integrated Marketing Communication* – IMC) organizacja ustala, co stanowi jej przewagę konkurencyjną i jakie jej cechy należy komunikować odbiorcom, a równolegle określa się charakterystykę odbiorcy i dopiero przygotowuje komunikaty [por.: Belch, Belch, 1998, s. 20].

Często organizacje, aby koordynować wszelkie działania komunikacyjne, tworzą odgórne rozwiązania organizacyjne, mające umożliwiać prowadzenie zintegrowanej komunikacji – powołują stanowiska i komórki organizacyjne w strukturze firmy, którym przydzielają odpowiedzialność, uprawnienia decyzyjne i wykonawcze, formalizują procesy decyzyjne pomiędzy tymi działami, których efekt pracy ma wpływ na finalny komunikat marketingowy organizacji. Ponadto planują, wdrażają, koordynują i kontrolują działania z zakresu promocji, obejmujące także przeprowadzanie badań marketingowych i tworzenie baz danych klientów.

W praktyce tworzenie takiego systemu zintegrowanej komunikacji marketingowej uzależnione jest od rozmaitych czynników, do których należy zaliczyć m.in.: wielkość przedsiębiorstwa, znaczenie marketingu i komunikacji w firmie, strukturę organizacyjną, rodzaj prowadzonych działań z zakresu komunikacji, różnorodność oferty przedsiębiorstwa, stopień dywersyfikacji i internacjonalizacji przedsiębiorstwa.

Ważnym czynnikiem warunkującym powstanie sprawnego systemu zintegrowanej komunikacji marketingowej w organizacji jest to, czy kierownictwo

zauważy w ogóle potrzebę jego istnienia i czy będzie aktywnie uczestniczyło w opracowaniu koncepcji i realizacji zaakceptowanego rozwiązania systemowego. Zaangażowanie to zapobiega tworzeniu fikcji posiadania systemu zintegrowanej komunikacji marketingowej.

Tabela 2 przedstawia podstawowe zasady funkcjonowania systemu zintegrowanej komunikacji marketingowej w organizacji oraz podstawowe różnice pomiędzy tradycyjną i zintegrowaną komunikacją marketingową.

Tab. 2. Tradycyjna i zintegrowana komunikacja marketingowa

Kryteria	Komunikacja marketingowa w ujęciu klasycznym	Komunikacja marketingowa w ujęciu zintegrowanym
Punkt odniesienia	przedsiębiorstwo	nabywca
Cele	tworzenie informacji i nakłanianie do zakupu, przyjmowane w krótkookresowym horyzoncie czasowym	tworzenie relacji, budowanie wizerunku przedsiębiorstwa i/lub jego produktów opartego na ciągłości i kontynuacji działań w średnim i długim horyzoncie czasowym
Znajomość klienta	niewielka	duża, na podstawie bazy danych
Rola badań rynkowych i marketingowych	niewielka, drugorzędna	podstawowa; badania marketingowe stanowią podstawę dla tworzenia promocji i oceny jej skuteczności
Typ komunikacji	jednokierunkowa	dwukierunkowa
Nakłady na komunikację marketingową	traktowane jako koszt	traktowane jako inwestycja
Media	głównie masowe	powszechne wykorzystywanie mediów umożliwiających selektywny dobór klientów
Stopień koordynacji działań	niewielki	pełna integracja, efekt synergii
Interakcje w procesie komunikacji	ograniczone, odroczone w czasie	szerokie, szybkie, niemal natychmiastowe, stanowiące podstawę zintegrowanego systemu komunikacji marketingowej

Źródło: modyfikacja na podstawie: Wiktor J.W. (2001), *Promocja. System komunikacji przedsiębiorstwa z rynkiem*, WN PWN, Warszawa, s. 60.

Należy zaznaczyć, że w organizacji występuje bezpośrednia, wprost proporcjonalna zależność pomiędzy stopniem zintegrowania systemu komunikacji marketingowej a rolą i znaczeniem badań marketingowych, prowadzonych w celu poszukiwania i pozyskiwania informacji o klientach tworzonych, przetwarzanych i aktualizowanych za pomocą rozmaitych baz danych. Informacje te ułatwiają rozpoznanie potrzeb klientów i w rezultacie dokładne dopasowanie przekazów i komunikatów do nich i do ich potrzeb. Konsekwentne uzupełnianie informacji zapewnia ciągłość w kontakcie z klientem, zapobiega stratom informacyjnym oraz racjonalizuje wydatki na komunikację.

Specyfika zintegrowanej komunikacji marketingowej dla Zakładów Opieki Zdrowotnej

Usługi typu *human-based* są najczęściej utożsamiane przez klienta z wykonawcą (lekarzem, kosmetyczką, adwokatem) niż organizacją jako całością, dlatego szczególną wagę przypisuje się nawiązaniu kontaktu z nabywcą. Stanowi to podstawę do formowania relacji pacjent–organizacja, a komunikowanie nabiera istotnego znaczenia, bowiem służy porozumieniu, ale i ukazaniu spójnego obrazu organizacji – ZOZ-u jako kompetentnego usługodawcy. Poniżej w formie tabelarycznej (ponownie z powodu niewielkiej objętości opracowania) przedstawiono propozycję zaleceń i działań dla ZOZ-ów w zakresie komunikacji marketingowej, spełniającej kryteria zintegrowania.

Tab. 3. Propozycja działań dla ZOZ-ów przy wprowadzaniu zintegrowanej komunikacji marketingowej

Kryteria	Przykłady dla ZOZ
Punkt odniesienia	Pacjent
Cele	Należy przede wszystkim określić podstawowe, strategiczne cele istnienia jednostki ZOZ (leczenie, dokonywanie analiz laboratoryjnych, ratowanie życia, etc.) i w konsekwencji wyznaczyć cele komunikacji marketingowej spójne z celami strategicznymi. Następny krok to wybranie katalogu środków przekazu, które będą wchodziły w skład komunikacji marketingowej i zaplanować, jakie komunikaty będą przekazywane, jaka będzie ich zawartość (dotycząca usługi czy zakładu), którymi kanałami, do kogo i przez jak długi czas, aby zapewnić efekt zintegrowania.
Znajomość klienta	Obszar do wykorzystania dla ZOZ-ów. Obecnie przebieg choroby pacjenta jest rejestrowany w obrębie jednej przychodni, szpitala, laboratorium etc. Nie dochodzi do przepływu informacji ani pomiędzy owymi zakładami, ani pomiędzy lekarzami różnych specjalności. To pacjent zobowiązany jest pamiętać i poinformować lekarza np. o wszystkich przyjmowanych lekach, o przebytych lub chronicznych chorobach, itp. Co prawda, istnieje baza danych e-wuś – spełnia jednak inne zadanie (potwierdza posiadanie ubezpieczenia). Należy dążyć do tworzenia funkcjonalnych i elastycznych baz danych zawierających możliwie szerokie spektrum informacji o pacjencie.
Rola badań rynkowych i marketingowych	Aby ocenić poziom świadczonych usług, a także personalnie ocenić poszczególnych świadczeniodawców, prowadzi się obecnie ankietowanie pacjentów na szeroką skalę i w rozmaitych zakresach tematycznych. Wyłowione w ten sposób mocne strony służą budowaniu strategii promocyjnych, zaś słabe strony stanowią podstawę do konstruowania planów w kierunku ich wyeliminowania.
Typ komunikacji	Należy bezwzględnie dopilnować, aby komunikacja przebiegała dwukierunkowo. Treść komunikatu jest zdeterminowana obszarem zainteresowania pacjenta lub jego stanem i ma na celu zminimalizowanie asymetrii informacyjnej pomiędzy stronami (np. lekarz, po postawieniu diagnozy, wyjaśnia pacjentowi jego aktualny stan, planowaną kurację i jej efekty, wady, zalety i zagrożenia. Następnie upewnia się, że pacjent zrozumiał przebieg postępowania i odpowiada na pytania oraz wątpliwości).
Nakłady na komunikację marketingową	Nie muszą być wysokie. Materiały drukowane (np. ulotki informacyjne) podnoszą koszty komunikacji marketingowej. Połączenia telefoniczne (np. przypominanie pacjentom o wizytach) także stanowi koszt, jednak media elektroniczne (np. informacyjne strony internetowe i kontakty mailowe) pozwalają na przekazywanie informacji i dwukierunkowy kontakt z klientem w zasadzie bez ponoszenia kosztów.

Media	<p>Pomocne są tu takie narzędzia komercyjnego wykorzystania Internetu, jakie umożliwiają selektywny dobór klientów. Są to dla przykładu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • e-maile (np. przypominające o terminie wizyt, szczepień, etc.), • blogi (na których klienci wymieniają informacje zarówno na temat jednostek organizacyjnych – szpitali, przychodni, laboratoriów – jak i poszczególnych lekarzy, pielęgniarek, położnych, • FAQ (<i>frequently asked questions</i>) – najczęściej zadawane pytania wraz z odpowiedziami, cenne źródło informacji, • chat-roomy – dyskusje prowadzone z wieloma uczestnikami w czasie rzeczywistym, • listy dyskusyjne – pacjenci swobodnie wypowiadają się na temat usługi, wskazują jej zalety i wady, • współtworzenie stron www – udostępnienie możliwości tworzenia części informacyjnej strony ZOZ, zaangażowanie pacjenta w dzielenie się własnymi doświadczeniami zwiększa jego zaufanie do usługodawcy. • IRC i ICQ – „pogawędki” w sieci w czasie rzeczywistym. Można w ten sposób konsultować przypadki okołomedyczne lub doradzać, informować i doinformować w zdiagnozowanych przypadkach, co może wpływać na poprawę wizerunku jednostki medycznej. <p>(więcej: Zalewska-Turzyńska, [w:] Januszkiewicz 2012, ss. 154–157).</p>
Stopień koordynacji działań	<p>Należy wybrać z powyższej listy te narzędzia komunikacji, aby zapewnić ZOZ-owi efekt synergii. Jeśli któryś z kanałów komunikacyjnych nie przynosi zamierzonego efektu, należy sprawdzić dlaczego i – jeśli nie popełniono błędu, czyli kanał ten jest nieefektywny dla takiej działalności – należy z niego zrezygnować. Wówczas nie ponosi się kosztów korzystania z niesprawnego kanału komunikacyjnego (kosztu liczonego w pieniądzu, ale także w czasie zaangażowania pracownika w niekorzystne działanie).</p>
Interakcje w procesie komunikacji	<p>Należy zapewnić klientowi szybkie, jeśli nie natychmiastowe sprzężenie zwrotne. Dzieje się tak za pomocą połączeń telefonicznych lub kontaktów osobistych. Internetowa wersja kontaktów pacjent–ZOZ jest w zasadzie niewykorzystana (np. możliwość pozyskiwania informacji lub zapisów do lekarza).</p>

Źródło: opracowanie własne.

Wydaje się, że jednostki medyczne są dopiero na początku swojej drogi w kierunku wdrożenia zintegrowanej komunikacji marketingowej. Na wielu płaszczyznach (patrz tabela 3) mają wiele do wypracowania, aby komunikaty o usłudze i organizacji były spójne oraz jednolite. Z pewnością jednak wdrożenie ZKM pomoże wielu ZOZ-om poprawić swój wizerunek, bowiem usługa, jaką proponują, jest być może świadczona na odpowiednim poziomie, jednak nie odzwierciedla się jej w komunikatach wysyłanych do klienta.

Zakończenie

Usługi charakteryzują się odmiennymi cechami od towarów, dlatego konsekwentne komunikaty z nimi związane różnią się od siebie. Cechy usług przekładają się w sposób bezpośredni na zawartość komunikatów marketingowych, jakie powinny wydać ZOZ-y, aby porozumieć się z klientami. Ponadto wybranie niskokosztowych, lecz efektywnych kanałów komunikacji wpływa na wizerunek zarówno usługi, jak i zakładu, a zintegrowanie rozmaitych rodzajów komunikatów daje efekt synergii, z którego zakłady powinny korzystać, zwłaszcza gdy nie dysponują nadmiarem środków pieniężnych. W niniejszym opracowaniu zaproponowano (w formie tabeli nr 3) listę działań pomocnych we wprowadzeniu zintegrowanej komunikacji marketingowej w ZOZ-ach, mając oczywiście świadomość, że jest to wyłącznie propozycja jedna z wielu możliwych. Sugeruje się dalsze prace praktyczne nad tym zagadnieniem w postaci implementacji w konkretnym ośrodku.

Bibliografia

- Altkorn J. (red) (1992), *Podstawy marketingu*, Instytut Marketingu, Kraków.
- Belch G.E., Belch M.A. (1998), *Advertising and promotion. An integrated marketing communications perspective*, Irwin/McGraw-Hill, International Edition.
- Bukowska-Piestrzyńska A. (2009), *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, CeDeWu, Warszawa.
- Czarnecki A. (2003), *Product placement. Niekonwencjonalny sposób promocji*, PWE, Warszawa.
- Kotler Ph. (1994), *Marketing. Analizowanie, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa.
- Kotler Ph. (2005), *Marketing*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań.
- Kotler Ph., Shalowitz J., Stevens R.J. (2011), *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Levitt T. (1981), *Marketing Intangible Products and Product Intangibles*, „Harvard Business Review”, vol.V–VI.
- Payne A. (1997), *Marketing usług*, PWE, Warszawa.
- Przybyłowski K., Hartley S., Kerin R.E. i in. (1998), *Marketing*. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa.
- Scott D.M. (2007), *The New Rules of Marketing and PR. How to Use News Releases, Blogs, Podcasting, Viral Marketing, & Online Media to Reach Buyers Directly*, John Wiley & Sons, New Jersey.
- Styś A. (red.) (2003), *Marketing usług*, PWE, Warszawa.

Wiktor J.W. (2001), *Promocja. System komunikacji przedsiębiorstwa z rynkiem*, WN PWN, Warszawa.

Zalewska–Turzyńska M. (2012), *Nowy wymiar komunikacji organizacyjnej* [w:], Januszkiewicz K. (red.), *Zachowania ludzi w organizacji. Uwarunkowania i kierunki ewolucji*, Wyd. UŁ, Łódź.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej Dz. U. 2007 r. Nr 14 poz. 89, z póź. zm.

Agata Krukowska–Miler
Politechnika Częstochowska

Marketingowe możliwości przyciągnięcia klienta prywatnego do placówki ochrony zdrowia

Marketing possibilities to attract private client to healthcare organization

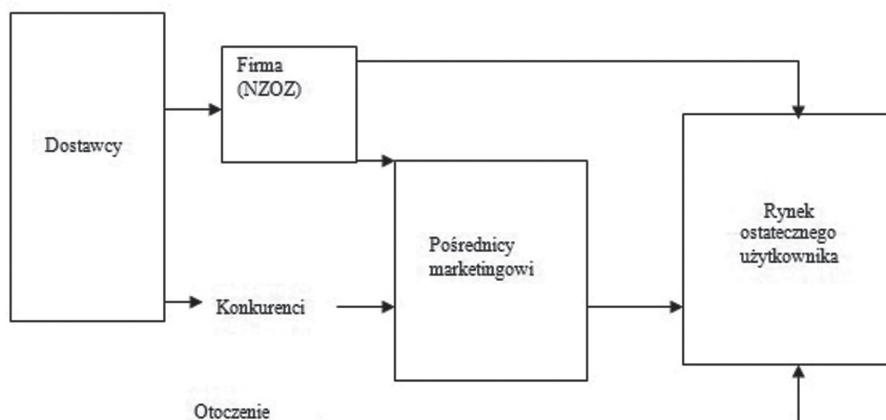
Abstract: The main elements of the healthcare organization's neighborhood and its changes were presented. Marketing-mix elements were shown which are used to attract patients' attention to the organization. The aim of the research was to depict actions which are made to attract and hold patients/customers. Healthcare organization included in the research are successfully functioning on the market and still developing. The base of the research were: observations and interviews. The results were presented, especially those having connection with customer service and fulfilling the customer's needs.

Key-words: healthcare organization, attracting attention, marketing, research.

Wprowadzenie

Celem niniejszej publikacji jest przybliżenie instrumentów marketingu mix, które mogą być wykorzystywane do przyciągnięcia pacjentów prywatnych do danej placówki ochrony zdrowia. Przeprowadzone badania pozwoliły wykazać najczęściej stosowane zasady marketingowe, a sukces tych placówek każe domniemywać, iż ich dobór w danej sytuacji rynkowej jest trafny.

Zmiany, jakie następują w sektorze ochrony zdrowia w Polsce, przyczyniają się do zmiany sił na tym rynku (rysunek 1). Uczestniczące w nim podmioty mogą dodawać wartość do danej świadczonej usługi zdrowotnej.

Rys. 1. Główni aktorzy nowoczesnego marketingu

Źródło: Opracowanie własne za Ph. Kotler, G. Armstrong, J. Saunders, V. Wong (2012), *Marketing – podręcznik europejski*, PWE, Warszawa, s. 47.

Otoczenie, w którym działają placówki ochrony zdrowia, staje się coraz trudniejsze i bardziej wymagające. Pojawiające się nowe technologie wymagają ciągłego doszkalania się. Lepszy dostęp do informacji przekłada się na lepszą edukację społeczeństwa, a więc także potencjalnych pacjentów. Niestety, prowadzi to często do niezrozumienia dostępnych informacji, np. w Internecie, zbyt wygórowanych, nieadekwatnych do zaistniałej sytuacji wymagań ze strony pacjentów. Elementy nowoczesnego otoczenia rynkowego przedstawione zostały w tabeli 1.

Tab. 1. Przegląd otoczenia marketingowego w Polsce

Elementy otoczenia	Trend zidentyfikowany dzięki przeglądowi otoczenia
Społeczne/ demograficzne	<ul style="list-style-type: none"> – rosnące zapotrzebowanie na wysoką jakość produktu i obsługi konsumenta – zmniejszające się tempo przyrostu naturalnego i rosnący procent emerytów i rencistów – wzrost wartości pracy, jakości życia i konsumpcji
Ekonomiczne	<ul style="list-style-type: none"> – prywatyzacja gospodarki polskiej – utrzymanie spadkowej tendencji inflacji – utrzymanie wysokiego tempa rozwoju gospodarczego – szybko rosnące zadłużenie konsumentów
Technologiczne	<ul style="list-style-type: none"> – gwałtownie rosnące wykorzystanie informacji i technologii komunikacyjnej – początki stosowania pieniądza elektronicznego – rozwój biotechnologii

Konkurencyjne	<ul style="list-style-type: none"> – restrukturyzacja przedsiębiorstw – rosnące bezpośrednie inwestycje zagraniczne – rosnąca konkurencja z państw Unii Europejskiej i Dalekiego Wschodu
Regulacyjne	<ul style="list-style-type: none"> – zwiększenie ochrony konsumenta – wzrost nacisku na etykę i społeczną odpowiedzialność przedsiębiorstw – zwiększający się nacisk na ochronę środowiska naturalnego

Źródło: K. Przybyłowski, S. Hartley, R. Kerin, W. Rudelius (1998), *Marketing*, Dom Wydawniczy ABC, s. 81.

Właściciel/menedżer placówki ochrony zdrowia musi zdawać sobie sprawę, że placówka ta świadczy usługi składające się z następujących elementów [Mudie, Cottam 1998, s. 28]:

- materialnych – np. proteza zębów lub karta wypisowa ze szpitala,
- niematerialnych – np. osobisty kontakt z personelem usługowym i doznania pacjenta.

Wymaga to działań w obszarach [Bukowska-Piastrzyńska 2007, s. 14]:

- marketingu zewnętrznego (obejmującego działania placówki, polegające na przygotowaniu usługi zgodnie z oczekiwaniami klientów, określeniu jej ceny, sposobów dystrybucji i promocji),
- marketingu wewnętrznego (obejmujące działania placówki, mające na celu wszechstronne przeszkolenie i motywowanie pracowników do lepszej obsługi pacjentów),
- marketingu interakcyjnego (określającego kwalifikacje pracowników w obsłudze nabywców usługi zdrowotnej).

Wydaje się, że skoordynowanie tych wszystkich elementów pozwala placówce na lepsze wyróżnienie się na rynku, uzyskanie przewagi konkurencyjnej i powoli staje się koniecznością, szczególnie w obszarze usług zdrowotnych komercyjnych.

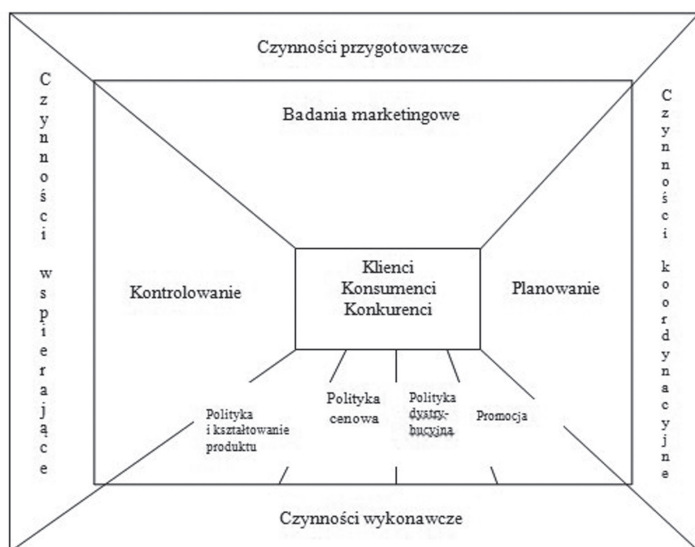
Główne instrumenty marketingu wpływające na klienta

Pojawia się coraz więcej placówek prywatnych świadczących komercyjne usługi zdrowotne. W ich przypadku można zacząć mówić o występujących w ich działaniach rynkowych regulacjach. Pociąga to za sobą konieczność stosowania przez menedżerów tych placówek zasad związanych z nowoczesnym zarządzaniem. Jedną z nich jest konieczność wprowadzenia zintegrowanych działań marketingowych. Jednakże ze względu na specyfikę sektora działania te podlegają prawnym obostrzeniom. Do ogólnie przyjętych działań marketingowych, związanych z jego zarządzaniem, a więc działaniami marketingowymi wykonywanymi przez specjalistów, zaliczamy [Andruszkiewicz, Kaczmarczyk

2002, s. 193]: działania (czynności) marketingowe, które koordynują, integrują, należą do czynności przygotowawczych, wspierających i wykonawczych. Realizacja zarządzania marketingiem leży w gestii dyrektora pionu, ale także kierowników i pracowników średniego i niższego szczebla zarządzania. Zarządzanie działalnością marketingową odbywa się na tym samym poziomie co zarządzanie zaopatrzeniem, produkcją czy finansami. Wykorzystuje się tutaj podstawowe narzędzia, jakimi są plany marketingowe, przedmiotem zarządzania są czynności (pracownicy) przedsiębiorstwa związane z realizacją funkcji marketingowych.

„W praktyce zarządzanie marketingiem polega więc na podejmowaniu czynności zarządczych oraz decyzji w stosunku do tych elementów i ich wdrażanie w działaniach praktycznych” [Andruszkiewicz 2007, s. 79]. Elementy systemu marketingowego i jeden z możliwych podziałów na czynności (działania) marketingowe przedstawia rysunek 2.

Rys. 2. Elementy systemu marketingowego oraz czynności (działania) marketingowe



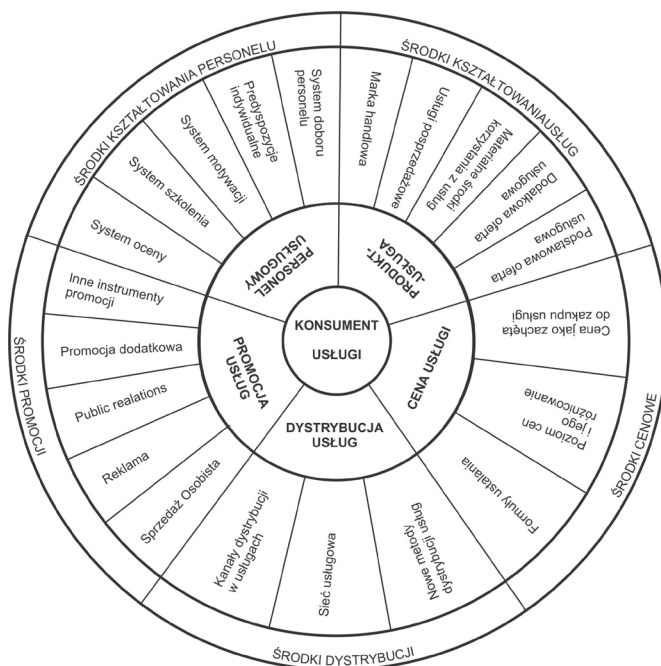
Źródło: K. Andruszkiewicz (2007), *Strategiczne zarządzanie marketingowe w polskich przedsiębiorstwach w warunkach kryzysu*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, s. 79.

„Zarządzanie wpływa bardzo poważnie na całokształt działalności marketingowej oraz jej rezultaty. Aby marketing właściwie funkcjonował, trzeba mu nadać odpowiednią formę organizacyjną. [...] Każde przedsięwzięcie

marketingowe powinno rozpoczynać się od planowania, a kończyć kontrolą. Planowanie poprzedza obmyślanie celów marketingowych. Zarówno cele, jak i plany mają strategiczny, taktyczny oraz operacyjny charakter. Plany [...] wytaczają właściwy kierunek działalności marketingowej. [...] Również kontrola odgrywa bardzo ważną rolę w marketingu. Wymusza racjonalne gospodarowanie potencjałem ludzkim, rzeczowym i finansowym. Określa zgodność prowadzonej działalności z normami, do których zalicza się plany marketingowe. W przypadku rozbieżności wymusza korekty, które likwidują powstałe nieprawidłowości. Pozwala stwierdzić, czy realizowany marketing przynosi organizacji spodziewane korzyści” [Pabian (red.), 2007, ss. 11–12].

Podstawowy zakres działań marketingowych zawiera się w obszarze produktu, promocji, ceny i dystrybucji. W wypadku usług – tutaj usług zdrowotnych – obejmuje on także ludzi/personel. Elementy składowe 5P przedstawia rysunek 3.

Rys. 3. Marketing – mix 5P



Źródło: M. Pluta-Olechnik (1994), *Marketing usług*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, s. 38.

Jednym z elementów najczęściej postrzeganym przez odbiorców jest cała sfera promocji, która właśnie w sektorze ochrony zdrowia podlega szeregowi obostrzeń prawnych i etycznych.

„Interpretując podstawy prawne, można uznać, że placówka medyczna do publicznej wiadomości może podawać jedynie pozbawioną namowy informację o świadczonych usługach. W informacji takiej można wykorzystać następujące dane:

- tytuł lekarski,
- imię i nazwisko,
- miejsce i dni przyjęć,
- stopień naukowy,
- tytuł naukowy,
- specjalizację,
- wykaz umiejętności z węższych dziedzin medycyny,
- listę udzielanych określonych świadczeń medycznych,
- uprawnienia szczegółowe,
- numer telefonu.

Wszystkie te informacje muszą być zgodne z prawdą (właściwe dyplomy i zaświadczenia), a upublicznić je można po wcześniejszym uzyskaniu zgody okręgowej rady lekarskiej. Informacje dotyczące lekarza lub prywatnej placówki medycznej mogą być umieszczane na poniższych zasadach:

- maksymalnie dwie tablice ogłoszeniowe na budynku, w którym prowadzona jest praktyka, i ewentualnie dwie tablice przy drogach dojazdowych;
- ogłoszenia prasowe i informacje w książkach telefonicznych i informacyjnych tylko w rubrykach, które dotyczą usług lekarskich;
- w postaci informacji elektronicznej, w Internecie, za pośrednictwem specjalnych linii telefonicznych;
- informacje nie mogą zawierać zachęty, obietnic, słów potocznych. W ich treści niedozwolone są również informacje o metodach i czasie leczenia czy określenia sugerujące cenę lub sposób płatności” [<http://www.sprzetymedyczne.com.pl/nowoczesne-rozwiazania/reklama-w-sluzbie-zdrowia> - 10.04.2013].

Przepisy te można jednak legalnie obejść. Ustawa zakazuje bowiem reklamy publicznej, czyli skierowanej do jakiejś abstrakcyjnej grupy osób, która jest powszechna, jawna i ogólnie dostępna. NZOZ może więc używać reklamy, która skierowana będzie do indywidualnego, konkretnego pacjenta. Powinna też dotyczyć promocji zdrowia, a nie samych świadczeń zdrowotnych.

Cena jest jedynym elementem marketingu mix, który tworzy przychód, pozostałe elementy generują koszty. Jest też jednym z najbardziej elastycznych elementów marketingu mix, który może być szybko zmieniony [Kotler, Armstrong, Saunders, Wong 2002, s. 742]. Od ceny zależy, czy nastąpi

zwrot nakładów związanych z kosztami wytworzenia produktu lub usługi, czy przedsiębiorstwo wygeneruje zysk i będzie mogło się rozwijać na danym rynku.

Cena uważana jest często za główny element konkutowania na rynku usług, jednakże w wypadku nasyconego rynku usług zdrowotnych komercyjnych, np. w obszarze usług stomatologicznych, dermatologiczno-kosmetycznych, okulistycznych oraz podobnych cen środków stosowanych do wytworzenia tych usług, przestaje mieć ona dominujące znaczenie. Ważniejsze stają się inne elementy miksu marketingowego.

Następnym ważnym elementem marketingu mix jest dystrybucja. W przypadku dystrybucji, szczególnie fizycznej, należy w pierwszym rzędzie rozpatrzyć decyzje dotyczące dostępności danego produktu, częstości jego pojawiania się na rynku (np. gazety), liczbę punktów, w których dany produkt ma być dostępny, oraz kosztów dostarczania produktów do wybranych miejsc [Hackley 2009, s. 71].

W wypadku usług zdrowotnych decyzje dystrybucyjne podejmowane są w momencie tworzenia placówki: gdzie, jaką tworzyć sieć. Decyzje te są brzemienne w skutki i powinny być poparte badaniami. Niestety, prywatnych średnich i małych placówek często na to nie stać lub też ich menedżerowie nie widzą takiej potrzeby. Jednakże lokalizacja, możliwość dojazdu komunikacją miejską czy też parking mogą mieć decydujące znaczenie dla pacjenta w podjęciu decyzji o wyborze właśnie tej placówki.

Produkt/usługa w sektorze ochrony zdrowia wymaga dokładnego ustalenia, jakiego rodzaju usługi będą oferowane, a także dłaczego i w jaki sposób. „Produkt z marketingowego punktu widzenia określany jest jako wszystko, co może podlegać rynkowej wymianie. Kategoria produktu jest szeroka. Mieszczą się w niej dobra materialne, usługi, podmioty gospodarcze, ziemia, idee, a nawet ludzie. Marketingowe kształtowanie produktu obejmuje m.in. decyzje dotyczące: jego cech, jakości, asortymentu, opakowania, marki, nowości rynkowych, działań w poszczególnych fazach życia, usług towarzyszących” [Mruk, Rutkowski 2001, s. 30].

Na specyfikę usług zdrowotnych składają się [Hołub 2001, s. 36]:

- towarzyszący pacjentom stres;
- stała interakcja lekarza z pacjentem (w związku z tym postawa lekarza wobec chorego ma zasadnicze znaczenie w kreowaniu wizerunku gabinetu/placówki zdrowotnej);
- niemożliwość pełnego usatysfakcjonowania swoich pacjentów i klientów przez lekarza;
- stosunkowo niewielka możliwość różnicowania oferowanych przez leka-

rzy usług, co pozwala oddziaływać na percepcję pacjentów za pomocą np. skomplikowanych nazw zabiegów; pozwala również walczyć o pacjenta jakością oferowanej usługi,

- fakt, że jakość usługi zdrowotnej nie zawsze zależy od samego lekarza, ale również od wyjściowego stanu zdrowia pacjenta;
- fakt, że usługi zdrowotne są nieuchwytne i połączone z brakiem gwarancji ich skuteczności.

Zakład opieki zdrowotnej, aby funkcjonować, musi posiadać odpowiedni personel, który będzie wykonywał działania służące rozwojowi i utrzymaniu placówki.

Rys. 4. Podział pracowników placówki ochrony zdrowia na grupy ze względu na działania związane z marketingiem

	Bezpośredni udział w działaniach marketingowych	Pośredni udział w działaniach marketingowych
Częsty lub okresowy kontakt z klientem	Łącznicy	Moderatorzy
Brak kontaktu z klientem lub kontakt sporadyczny	Pracownicy sfery oddziaływania	Personel pomocniczy

Źródło: A. Payne (1997), *Marketing usług*, PWE, Warszawa, s. 206.

Łącznicy mają częsty kontakt z klientem i są bezpośrednio zaangażowani w działania marketingowe. Możemy z powodzeniem zaliczyć do nich lekarzy, a nawet pielęgniarki jako osoby zajmujące się realizacją strategii marketingu wartości. Muszą oni znać podstawowe cele tej strategii, być chętni do obsługi klienta/pacjenta w każdych warunkach i według ich najlepszej wiedzy. Powinni być również szkoleni w tym kierunku. Kryterium ich zatrudnienia, oceny i nagradzania powinna być umiejętność szybkiego reagowania na potrzeby klientów/pacjentów [Payne 1997, s. 206].

Moderatorzy to pracownicy recepcji/rejestracji, centrali telefonicznej, szatni. Mają dość częsty kontakt z klientem, nie uczestniczą natomiast w konwencjonalnych działaniach marketingowych. Muszą znać założenia marketingu wartości i swoją rolę w realizacji jej celów. Pracownicy ci muszą mieć dosko-

nałą umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z klientami. Powinni przechodzić szkolenie związane z obsługą klientów/pacjentów [Payne 1997, s. 206].

Pracownicy sfery oddziaływania bezpośrednio tworzą strategię marketingu wartości i planują działania z nim związane, nie mają bezpośredniego kontaktu z klientem/pacjentem lub jest on sporadyczny. Możemy zaliczyć do nich menedżera, osoby związane z działem marketingu. Muszą oni znać potrzeby pacjentów i szybko na nie reagować. Powinni mieć możliwość kontaktów z klientami/pacjentami [Payne 1997, s. 207].

Personel pomocniczy wykonuje wiele różnych zadań zapewniających prawidłowe funkcjonowanie placówki ochrony zdrowia. Mimo iż pracownicy ci nie mają kontaktu z klientami/pacjentami i nie biorą udziału w bezpośrednich działaniach marketingowych, ich praca ma decydujący wpływ na końcowy rezultat działania placówki ochrony zdrowia. Do tej grupy możemy zaliczyć pracowników zajmujących się księgowością, zaopatrzeniem, kadrami, konserwacją. Muszą być oni świadomi potrzeb zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych klientów placówki ochrony zdrowia, dbać o ich prawidłowe zaspokajanie. Powinni znać strategię marketingu wartości, ale także swoje zadania i udział w procesie podwyższania wartości świadczonych usług [Payne 1997, s. 207].

Działania związane z przyciągnięciem pacjenta prywatnego do placówki wymagają dokładnego opracowania wszystkich powyższych elementów. Akcenty rozkładają się w różnorodny sposób w zależności od charakteru placówki i świadczonych przez nią usług.

Przykłady działań zmierzających do przyciągnięcia klienta/pacjenta do wybranych placówek ochrony zdrowia

Przeprowadzone zostały obserwacje i wywiady bezpośrednie wybranych placówek ochrony zdrowia: była to placówka, która po okresie działania w wynajętym budynku zdecydowała się na wybudowanie nowego i kontynuowanie działalności oraz sieć prywatnych placówek ochrony zdrowia.

Badane placówki cieszą się dużą renomą na obszarze swojej działalności. Mają stałych klientów i sprawdzony personel. Głównym celem placówek jest podnoszenie jakości świadczonych usług zdrowotnych, co ma doprowadzić do przyciągnięcia nowych pacjentów/klientów. W związku z tym prowadzone są działania oparte na instrumentach marketingowych. W jednej z placówek istnieje stanowisko, które odpowiada za działalność marketingową i szeroko pojęte kontakty z rynkiem.

Z przeprowadzonych wywiadów wynikają następujące zależności. W placówkach zatrudnionych jest 45–50 osób. Jest to personel podstawowy i pomocniczy. Większość z zatrudnionych osób jest już od dłuższego cza-

su związana z daną placówką. Jest to personel „sprawdzony”. Prowadzone są szkolenia wewnętrzne personelu, które mają za zadanie pomóc w lepszej obsłudze pacjentów. Menedżerowie placówek dbają o to, aby pogłębiać swoją wiedzę z zakresu nowoczesnego zarządzania placówkami ochrony zdrowia oraz przekazywać niezbędne informacje z tego zakresu personelowi niższego szczebla. Normą są wyjazdy szkoleniowe na konferencje z zakresu zarządzania i obsługi pacjentów. Śledzone są także nowoczesne rozwiązania z zakresu techniki i technologii medycznych. Do placówek ściąga się najnowsze rozwiązania medyczne w celu usprawnienia obsługi pacjentów i zapewnienia im jak najszerszego wachlarza usług. Oczywiście w ramach możliwości finansowych danej placówki.

Jak w większości polskich placówek przed rozpoczęciem działalności nie przeprowadzono klasycznych badań marketingowych. Właściciele jednakże uważają, że znali w dobrym stopniu rynek, na którym zamierzali rozpocząć działalność, i go obserwowali. W okresie rozpoczynania przez nich działalności rynek niepublicznych placówek ochrony zdrowia rozpoczynał się rozwijać i nie był zbyt rozbudowany. W ostatnim okresie konkurencja na rynku znacznie się nasiliła i pojawiło się wiele nowych placówek. Właściciele placówek sami uznają, że nie są już w stanie dokładnie go kontrolować i oceniać. W tym przypadku słuszne wydaje się prowadzenie cyklicznych badań na danym obszarze. Nie są one jednak przewidziane. Bezpośrednia konkurencja jest znana, jednakże nie zbiera się i nie analizuje danych.

Badane placówki poza głównym nurtem usług zdrowotnych oferują usługi dodatkowe, często niezwiązane z ochroną zdrowia, jednakże związane z dbałością o nie, np. fitness i wellness. Mają one za zadanie przyciągnięcie potencjalnych pacjentów do danej placówki, zapoznanie ich z nią. Pozwala to też na rozpropagowanie wizerunku placówki wśród szerszej rzeszy osób.

Placówki mają własne strony internetowe, które są stale odświeżane (do czego przywiązuje się bardzo dużą wagę). Biorą udział w sponsorowaniu imprez o charakterze masowym. Przedstawiają informacje o placówce w środkach masowego przekazu. Ich usługi są proponowane poprzez serwisy internetowe takie jak Groupon. Wprowadzono programy lojalnościowe dla pacjentów. W trakcie dni otwartych oferowane są bezpłatne podstawowe usługi zdrowotne dla wybranych grup pacjentów. Stali klienci mogą korzystać z kart lojalnościowych. Elementy te służą komunikacji placówek z rynkiem. Personel, szczególnie łącznicy i moderatorzy, jest przygotowany do informowania pacjentów o cechach wyróżniających daną placówkę na tle konkurencji. Jest szkolony w zakresie działań marketingowych.

Badane placówki działają na rynku od mniej więcej 20 lat i mają wyrobioną renomę. Zapewniają kompleksowe usługi w swoim sektorze. Pacjent może być „obsłużony” w jednym miejscu w pełni i wyczerpująco. Posiadają bardzo

dobrze warunki lokalowe oraz korzystną lokalizację. Dostosowane są dla osób niepełnosprawnych. Dorośli w trakcie oczekiwania na usługę mogą obejrzeć telewizję, poczytać gazety i czasopisma, napić się wody, a dla dzieci przewidziany jest specjalny kącik z zabawkami. Placówki ciągle rozwijają swój asortyment usług, zgodnie z rozwijającymi się potrzebami pacjentów. Stosowane są systemy informacji zwrotnych.

Placówki wyposażone są w najnowszy sprzęt wysokiej jakości. Posiadają systemy komputerowe. Wszystkie pomieszczenia dostosowane są do potrzeb i wymagań osób niepełnosprawnych.

W zakresie polityki cenowej stosowane są karty lojalnościowe, istnieje także okresowa możliwość odbycia bezpłatnych konsultacji w określonym zakresie.

Dokumentacja medyczna prowadzona jest w formie elektronicznej i papierowej. Placówki korzystają z własnych baz danych.

W momencie pojawienia się problemów w placówce organizowane są zebrania zarządu oraz personelu i wspólnie poszukuje się najlepszych rozwiązań. Przeprowadzane są także rozmowy z pacjentami. Wynika z tego, że wiedza zdobyta podczas szkoleń z zakresu zarządzania jest wprowadzana w życie.

Według menedżerów placówek ich największą zaletą jest wykwalifikowany personel, szerokie spektrum usług, nowoczesny sprzęt diagnostyczny i leczniczy, lokalizacja oraz duża baza pacjentów i klientów. Za wadę menedżerowie uznali brak niektórych usług oraz niedostrzeganie usług dodatkowych – wellness oraz fitness – przez pacjentów/klientów. W tych obszarach należy zintensyfikować działania marketingowe w celu poprawy dostępności usług i zaznajomienia z nimi klientów.

Zakończenie

Jak widać z powyższego zestawienia, przebadane placówki charakteryzują się dużą dbałością o potrzeby pacjenta/klienta, szerokim spektrum działania w sferze usług, dużą aktywnością na rynku, zarówno w zakresie promocji/informacji, jak i w zakresie rozwoju usług. Posiadają rozbudowaną bazę pacjentów, dającą mocne zakotwiczenie na rynku. Mimo to aktywnie walczą o nowych pacjentów/klientów. Są nowoczesne, a personel podlega ciągłemu doszkalananiu w zakresie zaspokajania potrzeb klientów oraz zarządzania i marketingu. Działania te oraz sukcesy odnoszone przez badane placówki mogą sugerować, że jest to jedna z prawidłowych dróg działania na turbulentnym rynku komercyjnych usług medycznych w Polsce.

Bibliografia

- Andruszkiewicz K. (2007), *Strategiczne zarządzanie marketingowe w polskich przedsiębiorstwach w warunkach kryzysu*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Andruszkiewicz K., Kaczmarczyk S. (2002), *Planowanie strategiczne w procesie marketingowego zarządzania przedsiębiorstwem*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici”, z. 53, *Ekonomia XXXII*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń, s. 193.
- Bukowska-Piastryńska A. (2007), *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, Wydawnictwo Fachowe CedeWu, Warszawa.
- Hackley Ch. (2009), *Marketing: A critical introduction*, SAGE.
- Holub J. (2001), *Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych. Przegląd organizacji*, „Miesięcznik TNOiK”, 6/2001, Katowice.
- Kotler Ph., Armstrong G., Saunders J., Wong V. (2002), *Marketing – podręcznik europejski*, PWE, Warszawa.
- Mruk H., Rutkowski I. (2001), *Strategia produktu*, PWE, Warszawa.
- Mudie P., Cottam A., (1998), *Usługi. Zarządzanie i marketing*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Pabian A. (red.) (2007), *Środki i formy marketingowego oddziaływania na konsumentów*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa.
- Payne A. (1997), *Marketing usług*, PWE, Warszawa.
- Pluta–Olearnik M. (1994), *Marketing usług*, Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Przybyłowski K., Hartley S., Kerin R., Rudelius W. (1998), *Marketing*, Dom Wydawniczy ABC.
- Rutkowski I. (2007), *Rozwój nowego produktu. Metody i uwarunkowania*, PWE, Warszawa. www.sprzetymedyczne.com.pl/nowoczesne-rozwiazania/reklama-w-sluzbie-zdrowia - 10 kwietnia 2013.

Agnieszka Bukowska–Piestrzyńska

PWSZ w Skierniewicach

Zmiany w systemie opieki zdrowotnej a dostępność usług stomatologicznych w Polsce w XXI wieku

Changes in the health care system and availability of dental services in Poland in the 21st century

Abstract:

The article presents determinants of dental services supply and their availability levels. Statistical data were used to analyse changes in the number of health care entities (including modes of treatment, dental specialties and medical areas) and the number of dentists in Poland from 2003 to 2012. That allowed to indicate that availability of dental services (measured by means of the saturation coefficient) increased, although it is significantly lower than in other European countries. It is demonstrated that, over the analysed period, availability of dentists in public entities decreased by almost 60%, while the share of dental services' costs in the total National Health Fund costs of services fell from 3.44% in 2003 to 2.85% in 2013, which proves that the state systematically withdraws from the provision of those services. A spatial dimension of the analysis allowed to identify voivodships where availability of services is relatively high (e.g. Mazowieckie, Łódzkie, Zachodniopomorskie) and those with limited access to dental care (e.g. Kujawsko-Pomorskie, Warmińsko-Mazurskie, Lubuskie).

Key words: availability, dental services, dentist

Wprowadzenie

Od wielu lat można zaobserwować wzrost popytu na usługi zdrowotne. Jednym z powodów tego wzrostu są przemiany demograficzne oraz epidemiologiczne, których wyrazem jest wydłużenie przeciętnego trwania życia i dominacja chorób charakterystycznych dla starszego wieku. Kolejną determinantą jest wzrost dochodów ludności, odzwierciedlający poprawę warunków życia (wzrost do-

chodu idzie w parze ze wzrostem wykształcenia, co zwiększa świadomość zdrowotną w społeczeństwie oraz wiedzę na temat funkcjonowania własnego organizmu, a także oddziaływania nań środowiska i stylu życia) [Golinowska 2008, s. 3]. Popyt na usługi zdrowotne mogą tworzyć również usługodawcy (lekarze i pozostały personel medyczny), wykorzystując silną asymetrię informacji wobec pacjenta – gdy zjawisku oczywistej przewagi informacyjnej oraz kompetencyjnej lekarza nad pacjentem towarzyszy motywacja finansowa do zwiększania liczby świadczeń [Golinowska 2008, s. 3].

Rolą państwa¹ powinno być zapewnienie obywatelom równego dostępu do świadczeń oferowanych przez system opieki zdrowotnej, aby mogli zaspokoić swoje potrzeby w zakresie zdrowia. Proces zaspokajania tych potrzeb jest realizowany w ramach systemu opieki zdrowotnej – systemu podmiotów wykonujących działalność leczniczą i świadczonych przez nie usług (których celem jest umacnianie i poprawa zdrowia jednostek oraz społeczeństwa przez zapobieganie chorobom, wczesne ich wykrywanie, leczenie i rehabilitację). Wymaga on ponoszenia nakładów finansowych, rzeczowych i osobowych.

Celem artykułu jest przedstawienie wybranych zmian w zasobach systemu opieki zdrowotnej w obszarze stomatologii w XXI w. w Polsce, co umożliwi pokazanie kierunku zmian w dostępności² świadczeń zdrowotnych. W pracy zostaną wykorzystane dane dostępne w zasobach Ministerstwa Zdrowia i Głównego Urzędu Statystycznego; które będą ujęte w trzech płaszczyznach:

- finansowej – wydatki NFZ na świadczenia z zakresu stomatologii;
- rzeczowej – podmioty opieki zdrowotnej oferujące świadczenia stomatologiczne – analizie zostanie poddana liczba (zakładów i komórek) wybranych podmiotów świadczących usługi stomatologiczne; przyjęte zostały następujące perspektywy:

* tryb leczenia – stomatologiczne leczenie ambulatoryjne,

¹ W Polsce obowiązuje konstytucyjna zasada równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych (art. 68). Jeśli chodzi o kraje UE, to np. artykuł 129.1 traktatu z Maastricht z 1993 r. stwierdza, że: „Wspólnota będzie współdziałała w celu zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia obywateli. Działania Wspólnoty będą ukierunkowane na zapobieganie chorobom, w szczególności najważniejszym zagrożeniom zdrowotnym, łącznie z uzależnieniami lekowymi, poprzez promowanie badań naukowych ukierunkowanych na ich przyczyny i rozprzestrzenianie, jak również na informację zdrowotną i nauczanie. Potrzeby ochrony zdrowia ludzi stanowią istotną część polityki Wspólnoty”.

² Ocenę dostępności można przeprowadzać na wiele sposobów, stosując miary:

- obiektywne, np. nakłady na służbę zdrowia, liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. mieszkańców, liczba udzielonych porad itp.; ten rodzaj miar zostanie wykorzystany w pracy;
- subiektywne – ocena dostępności dokonana przez pacjentów (np. częstość i przyczyny rezygnacji z wizyt u lekarza, czas oczekiwania na uzyskanie porady itp.) na podstawie badań ankietowych. [por. *Access to Health Care*, www.ucatlas.ucsc.edu/access.php 10.02.2013].

* rodzaje specjalności stomatologicznych – poradnia chirurgii stomatologicznej, poradnia stomatologiczna dla dzieci,

* dziedzina medyczna – ortodoncja, stomatologia zachowawcza z endodoncją;

– osobowej – lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu i pracujący w zawodzie.

Dodatkowo zostanie uwzględniony wymiar przestrzenny wskaźnika nasycenia, co pozwoli na uchwycenie zróżnicowania w koncentracji zasobów systemu opieki zdrowotnej w województwach.

Podaż usług zdrowotnych a ich dostępność

W gestii władz publicznych pozostaje zaspokojenie potrzeb zdrowotnych obywateli, a więc zapewnienie podaży usług związanych ze zdrowiem, która jest uzależniona przede wszystkim od [Sobiech 1990, s. 10]:

- wielkości środków finansowych wpływających do systemu opieki zdrowotnej danego państwa,
- kadry medycznej (jej liczby, kwalifikacji, przestrzennego rozmieszczenia i sprawności działania),
- dostępności techniki medycznej, dystrybucji jej zdobyczy (sprzęt i aparatura medyczna) oraz stopnia wykorzystania i wydajności aparatury,
- dostępu do specjalistycznej wiedzy medycznej (know-how).

Biorąc pod uwagę fakt, że dostępność usług medycznych jest jednym z warunków dobrze zorganizowanego systemu opieki zdrowotnej Frączkiewicz–Wronka A. [2004, s. 71] rozpatruje dostępność jako kategorię techniczną i wskazuje jej pięć obszarów:

- osiągalność – rozumianą jako relacja między wielkością i strukturą zasobów znajdujących się w dyspozycji systemu a wielkością i strukturą potrzeb zdrowotnych określonej populacji;
- dostępność przestrzenną – określoną jako relacja między przestrzenną dystrybucją zasobów a terytorialnym rozmieszczeniem osób, które mają korzystać ze świadczeń;
- dostępność organizacyjną – zdefiniowaną przez stopień dostosowania organizacyjnych warunków udostępniania świadczeń i praktycznych możliwości korzystania przez pacjentów ze stosowanych rozwiązań;
- dostępność kosztową – która powinna być analizowana na poziomie makro (dotyczy zasad przyznawania uprawnień do korzystania ze świadczeń) i mikro (postrzegana przez pacjenta jego zdolność do poniesienia kosztu związanego z kontaktem z systemem ochrony zdrowia);

- akceptowalność – rozumiana jako relacja między oczekiwaniami pacjenta dotyczącymi technicznych, psychologicznych i kulturowych aspektów zaspokajania potrzeb a stopniem spełnienia tych oczekiwań w warunkach konkretnego kontaktu z systemem ochrony zdrowia.

W polskim systemie opieki zdrowotnej pojęcie dostępności ochrony zdrowia można definiować na dwóch poziomach [Frączkiewicz–Wronka 2004, s. 72]:

- na poziomie systemu – prawo do korzystania z opieki zdrowotnej daje tytuł ubezpieczeniowy (ubezpieczenie zdrowotne jest powszechne i obowiązkowe); szczególna sytuacja dotyczy usług stomatologicznych, które częściowo są dostępne w ramach ubezpieczenia, a część świadczeń jest wykonywana odpłatnie; ponadto ten obszar opieki zdrowotnej jest w znacznej części sprywatyzowany i większość usług jest realizowana komercyjnie;
- na poziomie instytucji – pacjent ma prawo do korzystania ze wszystkich faz opieki zdrowotnej (od promocji zdrowia, poprzez świadczenia profilaktyczne, diagnostykę i leczenie, rehabilitację, po opiekę paliatywno-hospicyjną). Jeśli jest ubezpieczony, to nieodpłatnie, jeśli nie przedstawi dowodu ubezpieczenia, to świadczenie jest udzielane na jego koszt. Ograniczeniem zasady dostępności na tym poziomie jest wymóg posiadania skierowania do lekarza specjalisty (wymóg ten nie dotyczy m.in. wizyty u ginekologa i położnika, lekarza dentysty, dermatologa, psychiatry, leczenia chorób wenerycznych, a także nosicieli HIV i chorych na gruźlicę) i do szpitala (z wyjątkiem przypadków nagłych: wypadków, porodów itp.).

Środki publiczne w finansowaniu usług stomatologicznych

Od kilku lat Polacy z dochodów własnych finansują ok. 80% wartości świadczeń stomatologicznych. Biorąc pod uwagę to, że w 2013 r. rynek usług stomatologicznych ma być wart ok. 13 mld zł¹, daje to kwotę przeszło 10 mld zł. Wydatki NFZ na opiekę stomatologiczną przedstawione są w tabeli 1. Charakterystyczne jest to, że od lat udział wydatków na świadczenia stomatologiczne w kosztach świadczeń zdrowotnych ogółem u publicznego płatnika maleje – podczas gdy w latach 2003–2013 wydatki NFZ na świadczenia opieki zdrowotnej ogółem wzrosły trzykrotnie, to na świadczenia stomatologiczne – dwuipółkrotnie. Znając te dane, nie można powiedzieć, że władza publiczna gwarantuje Polakom dostępność do świadczeń stomatologicznych. Uzasadniona wydaje się teza, że w świetle art. 68 konstytucji usługi stomatologiczne przestały być świadczeniem publicznym, a stały się dobrem rynkowym (przy czym usługa będąca przedmiotem zawieranych transakcji ma

¹ Szacunki firmy analitycznej PMR z Krakowa.

szczególny charakter, bo dotyczy zdrowia i życia człowieka), ponieważ Polak, który chce korzystać z nowoczesnych materiałów stomatologicznych, nie ma wyboru – musi opłacać wizytę w gabinecie stomatologicznym z dochodów własnych.

Tab. 1. Udział wydatków na stomatologię w wydatkach NFZ w latach 2003–2013

Rok	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (w tys. zł)		
	ogółem	stomatologia	%
2003	21 015 737	722 693	3,44
2004	29 172 340	948 078	3,25
2005	32 117 350	967 967	3,01
2006	34 436 796	1 017 026	2,95
2007	41 140 654	1 313 178	3,19
2008	52 359 434	1 889 474	3,60
2009	55 523 114	1 901 844	3,43
2010	57 161 002	1 716 877	3,00
2011	56 663 995	1 753 223	3,09
2012	63 993 613	1 801 224	2,82
2013	63 230 834	1 824 112	2,85

Źródło: Plan finansowy NFZ na lata 2003–2013; www.nfz.gov.pl (25.03.2013).

Zmiany w liczbie podmiotów świadczących usługi stomatologiczne

Analiza zasobów rzeczowych, związanych ze świadczeniami stomatologicznymi, zostanie rozpoczęta z perspektywy trybu leczenia (por. tabela 2). Liczba zakładów opieki zdrowotnej zajmujących się stomatologicznym leczeniem ambulatoryjnym (HC.1.3.2) wzrosła w latach 2003–2012 o 13,5%; w odniesieniu do komórek organizacyjnych wzrost ten wyniósł – 17,6%. Średnie nasycenie wyniosło w 2010 r. – 4,2 (największe w województwie mazowieckim – 9,7, a najmniejsze w opolskim – 1,6) i wzrosło o 0,6 w porównaniu z rokiem 2003.

Tab. 2. Zmiany w stomatologicznym leczeniu ambulatoryjnym w latach 2003–2012

LECZENIE AMBULATORYJNE – STOMATOLOGICZNE HC.1.3.2					
Rok	Liczba zakładów	Liczba komórek	Komórki – nasycenie		
			średnie	maksymalne	minimalne
2003	4 858	13 811	3,6	8,7 – mazowieckie 5,4 – zachodnio-pomorskie	1,3 – opolskie 1,7 – warmińsko-mazurskie
2004	4 990	14 389	3,8	8,9 – mazowieckie 5,8 – łódzkie, zachodniopomorskie	1,3 – opolskie 1,7 – warmińsko-mazurskie
2005	5 052	14 662	3,8	8,9 – mazowieckie 6,4 – łódzkie	1,3 – opolskie 1,8 – lubuskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie
2006	5 058	14 884	3,9	9,2 – mazowieckie 6,7 – zachodnio-pomorskie	1,3 – opolskie 1,8 – warmińsko-mazurskie
2007	5 082	15 021	3,9	9,4 – mazowieckie 7,0 – zachodnio-pomorskie	1,4 – opolskie 1,7 – warmińsko-mazurskie
2008	5 104	15 224	4,0	9,5 – mazowieckie 7,3 – zachodnio-pomorskie	1,3 – opolskie 1,8 – lubuskie, warmińsko-mazurskie
2009	5 151	15 472	4,0	9,5 – mazowieckie 7,7 – zachodnio-pomorskie	1,4 – opolskie 1,7 – warmińsko-mazurskie
2010	5 328	16 242	4,2	9,7 – mazowieckie 8,8 – zachodnio-pomorskie	1,6 – opolskie 1,7 – warmińsko-mazurskie
2011	5 501	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
2012	5 516	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/ (pozyskiwanie danych 15.09.2011 i 10.07.2012).

LEGENDA:

- zakład – ZOZ zarejestrowany pod odrębnym numerem ksiąg rejestrowych w organach rejestrowych (może być zorganizowany w formie kilku lub kilkunastu placówek, tj. szpitali, przychodni, stacji pogotowia ratunkowego itp.);
- komórka – komórka organizacyjna placówki ochrony zdrowia (np. poradnia, oddział szpitalny, pracownia itp.);
- nasycenie – liczba komórek przypadających na 10 tys. mieszkańców.

Analiza zmian w obszarze dostępności do podmiotów świadczących usługi o różnych specjalnościach stomatologicznych będzie dotyczyła: poradni chirurgii stomatologicznej (por. tabela 3) i poradni stomatologicznych dla dzieci (por. tabela 4). I tak:

- liczba poradni chirurgii stomatologicznej (1840) wzrosła o 39%, a komórek o 35%, nasycenie wzrosło w latach 2004–2005 z 0,3 do 0,4 i na tym poziomie utrzymało się do 2010 r. (maksymalny poziom wskaźnik osiągnął w województwach mazowieckim i zachodniopomorskim – 1,1, a najniższy w województwach: kujawsko-pomorskim, opolskim, podlaskim i warmińsko-mazurskim – 0,1).
- liczba poradni stomatologicznych dla dzieci wzrosła o 46%, a komórek o 42%, średnie nasycenie wzrosło z 0,2 w 2003 r. do 0,4 w 2010 r. (maksymalne było w województwie mazowieckim – 1,4, a minimalne – 0,0 w lubelskim, lubuskim, opolskim i śląskim).

Tab. 3. Zmiany w liczebności poradni chirurgii stomatologicznej w latach 2003–2012

PORADNIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ (1840)					
Rok	Liczba zakładów	Liczba komórek	Komórki – nasycenie		
			średnie	maksymalne	minimalne
2003	1 041	1 203	0,3	1,0 – mazowieckie 0,6 – łódzkie, zachodniopomorskie	0,0 – kujawsko-pomorskie 0,1 – lubelskie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie
2004	1 115	1 287	0,3	1,0 – mazowieckie 0,7 – łódzkie, zachodniopomorskie	0,0 – kujawsko-pomorskie 0,1 – lubelskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie
2005	1 176	1 368	0,4	1,0 – mazowieckie 0,8 – łódzkie, zachodniopomorskie	0,1 – kujawsko-pomorskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, podlaskie, śląskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie

2006	1 207	1 407	0,4	1,0 – mazowieckie 0,8 – łódzkie, zachodniopomorskie	0,0 – kujawsko-pomorskie 0,1 – opolskie, podkarpackie, podlaskie, warmińsko-mazurskie
2007	1 217	1 430	0,4	1,1 – mazowieckie 0,9 – zachodniopomorskie	0,0 – kujawsko-pomorskie 0,1 – opolskie, podkarpackie, podlaskie, warmińsko-mazurskie
2008	1 258	1 476	0,4	1,1 – mazowieckie 1,0 – zachodniopomorskie	0,0 – kujawsko-pomorskie 0,1 – opolskie, podkarpackie, podlaskie, warmińsko-mazurskie
2009	1 289	1 516	0,4	1,1 – mazowieckie 1,0 – zachodniopomorskie	0,0 – kujawsko-pomorskie 0,1 – opolskie, podkarpackie, podlaskie, warmińsko-mazurskie
2010	1 375	1 627	0,4	1,1 – mazowieckie, zachodniopomorskie 0,9 – łódzkie	0,1 – kujawsko-pomorskie, opolskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie
2011	1 448	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
2012	1 450	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/ (pozyskiwanie danych 15.09.2011 i 10.07.2012).

LEGENDA:

- zakład – ZOZ zarejestrowany pod odrębnym numerem ksiąg rejestrowych w organach rejestrowych (może być zorganizowany w formie kilku lub kilkunastu placówek, tj. szpitali, przychodni, stacji pogotowia ratunkowego itp.);
- komórka – komórka organizacyjna placówki ochrony zdrowia (np. poradnia, oddział szpitalny, pracownia itp.);
- nasycenie – liczba komórek przypadających na 10 tys. mieszkańców.

Tab. 4. Zmiany w liczebności poradni stomatologicznych dla dzieci w latach 2003–2012

PORADNIA STOMATOLOGICZNA DLA DZIECI (1801)					
Rok	Liczba zakładów	Liczba komórek	Komórki – nasycenie		
			średnie	maksymalne	minimalne
2003	709	949	0,2	0,9 – mazowieckie 0,8 – zachodnio-pomorskie	0,0 – lubelskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, śląskie, warmińsko-mazurskie
2004	771	1017	0,3	1,0 – mazowieckie 0,9 – zachodnio-pomorskie	0,0 – lubelskie, lubuskie, opolskie, podkarpackie, śląskie, warmińsko-mazurskie
2005	800	1066	0,3	1,0 – mazowieckie 0,9 – zachodnio-pomorskie	0,0 – lubelskie, lubuskie, opolskie, śląskie, warmińsko-mazurskie
2006	873	1160	0,3	1,1 – mazowieckie 1,0 – zachodnio-pomorskie	0,0 – lubelskie, lubuskie, opolskie, śląskie, warmińsko-mazurskie
2007	912	1223	0,3	1,3 – mazowieckie 1,1 – zachodnio-pomorskie	0,0 – lubelskie, lubuskie, opolskie, śląskie, warmińsko-mazurskie
2008	923	1235	0,3	1,3 – mazowieckie 1,1 – zachodnio-pomorskie	0,0 – lubelskie, lubuskie, opolskie, pomorskie, śląskie
2009	941	1264	0,3	1,3 – mazowieckie 1,2 – zachodnio-pomorskie	0,0 – lubelskie, lubuskie, opolskie, pomorskie, śląskie
2010	995	1344	0,4	1,4 – mazowieckie 1,3 – zachodnio-pomorskie	0,0 – lubelskie, lubuskie, opolskie, śląskie
2011	1034	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
2012	1035	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/ (pozyskiwanie danych 15.09.2011 i 10.07.2012).

LEGENDA:

- zakład – ZOZ zarejestrowany pod odrębnym numerem ksiąg rejestrowych w organach rejestrowych (może być zorganizowany w formie kilku lub kilkunastu placówek, tj. szpitali, przychodni, stacji pogotowia ratunkowego itp.);
- komórka – komórka organizacyjna placówki ochrony zdrowia (np. poradnia, oddział szpitalny, pracownia itp.);
- nasycenie – liczba komórek przypadających na 10 tys. mieszkańców.

Kolejną klasyfikacją, jaką umożliwia Centralny System Informacyjny Ochrony Zdrowia, jest podział świadczeniodawców ze względu na reprezentowaną dziedzinę medyczną – uwaga zostanie skierowana na ortodoncję i stomatologię zachowawczą z endodoncją (por. tabele 5 i 6). I tak:

- liczba zakładów opieki zdrowotnej świadczących usługi z zakresu ortodoncji (73) wzrosła o 48%, a liczba komórek – o 43%, natomiast średnie nasycenie z 0,5 do 0,7 (w 2010 r. najwyższą wartość wskaźnik ten osiągnął w województwie mazowieckim – 1,6, a najniższą w opolskim, podkarpackim i podlaskim – 0,2);
- liczba zakładów, w których można skorzystać ze świadczeń z zakresu stomatologii zachowawczej z endodoncją (77) wzrosła o 13,7%, a komórek o 8%, nasycenie zaś z 2,0 do 2,2 (w 2010 r. wynosiło w województwie zachodniopomorskim 3,1, a opolskim – 1,1).

Tab. 5. Zmiany w zakresie lecznictwa ortodontycznego w latach 2003–2012

73 ORTODONCJA					
Rok	Liczba zakładów	Liczba komórek	Komórki – nasycenie		
			średnie	maksymalne	minimalne
2003	1 314	1828	0,5	1,3 – mazowieckie 0,7 – łódzkie	0,1 – opolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie
2004	1 412	1973	0,5	1,4 – mazowieckie 0,9 – łódzkie	0,1 – opolskie, podkarpackie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie
2005	1 490	2105	0,6	1,4 – mazowieckie 1,0 – łódzkie	0,1 – podkarpackie, opolskie 0,2 – podlaskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie

2006	1 561	2214	0,6	1,5 – mazowieckie 1,0 – łódzkie	0,1 – podkarpackie 0,2 – opolskie, podla- skie, świętokrzyskie, warmińsko-mazur- skie
2007	1 606	2302	0,6	1,5 – mazowieckie 1,0 – łódzkie	0,1 – podkarpackie 0,2 – opolskie, podla- skie, świętokrzyskie, warmińsko-mazur- skie
2008	1 676	2401	0,6	1,6 – mazowieckie 1,0 – łódzkie	0,1 – podkarpackie 0,2 – opolskie, pod- laskie,
2009	1 733	2457	0,6	1,6 – mazowieckie 1,0 – łódzkie	0,1 – podkarpackie 0,2 – opolskie, podla- skie, warmińsko-ma- zurskie
2010	1 841	2617	0,7	1,6 – mazowieckie 1,0 – łódzkie, zachod- niopomorskie	0,2 – opolskie, pod- karpackie, podlaskie
2011	1 941	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
2012	1 946	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/ (pozyskiwanie danych 15.09.2011 i 10.07.2012).

LEGENDA:

- zakład – ZOZ zarejestrowany pod odrębnym numerem ksiąg rejestrowych w organach rejestrowych (może być zorganizowany w formie kilku lub kilkunastu placówek, tj. szpitali, przychodni, stacji pogotowia ratunkowego itp.);
- komórka – komórka organizacyjna placówki ochrony zdrowia (np. poradnia, oddział szpitalny, pracownia itp.);
- nasycenie – liczba komórek przypadających na 10 tys. mieszkańców.

Tab. 6. Zmiany w zakresie stomatologii zachowawczej z endodoncją w latach 2003–2012

77 STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA Z ENDODONCJĄ					
Rok	Liczba zakładów	Liczba komórek	Komórki – nasycenie		
			średnie	maksymalne	minimalne
2003	4 765	7 642	2,0	2,7 – śląskie 2,6 – mazowieckie	1,0 – opolskie 1,4 – kujaw.-pom., lubuskie, pomorskie, świętokrzyskie, war- mińsko-mazurskie
2004	4 898	7 802	2,0	2,7 – śląskie 2,6 – łódzkie, mazo- wieckie	1,0 – opolskie 1,4 – kujaw.-pom., lubuskie, pomorskie, świętokrzyskie, war- mińsko-mazurskie
2005	4 956	7 782	2,0	2,7 – zachodnio- pomorskie 2,6 – łódzkie, mazo- wieckie, śląskie	1,0 – opolskie 1,2 – lubuskie
2006	4 969	7 773	2,0	2,7 – zachodnio- pomorskie 2,6 – łódzkie, mazo- wieckie, śląskie	1,0 – opolskie 1,3 – lubuskie
2007	4 981	7 798	2,0	2,8 – zachodnio- pomorskie 2,6 – mazowieckie, śląskie	1,1 – opolskie 1,3 – lubuskie
2008	5 008	7 830	2,0	2,8 – zachodnio- pomorskie 2,6 – łódzkie, mazo- wieckie, śląskie	1,0 – opolskie 1,4 – warmińsko-ma- zurskie
2009	5 059	7 931	2,1	2,9 – zachodnio- pomorskie 2,7 – śląskie	1,0 – opolskie 1,3 – lubuskie
2010	5 233	8 257	2,2	3,1 – zachodnio- pomorskie 2,8 – śląskie	1,1 – opolskie 1,4 – warmińsko-ma- zurskie
2011	5 403	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
2012	5 417	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/ (pozyskiwanie danych 15.09.2011 i 10.07.2012)

LEGENDA:

- zakład – ZOZ zarejestrowany pod odrębnym numerem ksiąg rejestrowych w organach rejestrowych (może być zorganizowany w formie kilku lub kilkunastu placówek, tj. szpitali, przychodni, stacji pogotowia ratunkowego itp.);
- komórka – komórka organizacyjna placówki ochrony zdrowia (np. poradnia, oddział szpitalny, pracownia itp.);
- nasycenie – liczba komórek przypadających na 10 tys. mieszkańców.

Zmiany w liczebności lekarzy

Kwalifikowane kadry są zasadniczym elementem zasobu ludzkiego systemu opieki zdrowotnej, a ich jakość w dużej mierze decyduje o jakości udzielanych świadczeń (a w konsekwencji o bezpieczeństwie, zadowoleniu i satysfakcji pacjentów). Część ekspertów utożsamia wręcz kwalifikacje lekarzy z jakością świadczeń zdrowotnych [Niżankowski 2000].

Przedstawione poniżej zmiany w liczbie lekarzy dentyistów w XXI w. w Polsce obejmują personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu, personel medyczny zatrudniony według podstawowego miejsca zatrudnienia (w tym również w publicznych placówkach zdrowotnych).

Z danych zawartych w tabeli 7 wynika, że liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza dentyisty w latach 2000–2010 wzrosła o 10,85%, co wpłynęło na wskaźnik nasycenia – wzrósł on z 8,5 w 2001 r. do 9,8 w 2010 r. Jeśli uwzględni się, że w 2010 r. 16,14% lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu nie wykonywało go, to wskaźnik nasycenia wynosi – 8,2, a uwzględnienie stażystów (w 2010 r. – 951 osób) obniża wartość wskaźnika do poziomu – 7,97. Na podkreślenie zasługuje również fakt znacznego zróżnicowania przestrzennego – różnica między województwem o największej (woj. mazowieckie) i najmniejszej wartości wskaźnika nasycenia (woj. kujawsko-pomorskie) była dwukrotna.

Tab. 7. Personel medyczny uprawniony do wykonywania zawodu

Rok	Dentyści ogółem	Liczba dentyistów na 10 tys. mieszkańców			Dentyści niewykonyjący zawodu	Stażysci
		ogółem	maks.	min.		
2001	32 732	8,5	11,4 – pomorskie	4,1 – lubuskie	b.d.	b.d.
2002	34 409	9,0	11,7 – pomorskie	6,0 – opolskie	b.d.	b.d.
2003	32 655	8,6	11,2 – mazowieckie	5,9 – kujawsko-pomorskie	b.d.	b.d.

2004	33 957	8,9	11,7 – mazowieckie	5,9 – kujawsko-pomorskie	b.d.	b.d.
2005	34 379	9,0	12,1 – mazowieckie	5,3 – warmińsko-mazurskie	b.d.	b.d.
2006	34 373	9,2	12,2 – mazowieckie	6,1 – kujawsko-pomorskie	4 775	965
2007	35 464	9,3	12,1 – mazowieckie	6,0 – kujawsko-pomorskie	5 657	870
2008	36 196	9,5	12,4 – mazowieckie	6,1 – kujawsko-pomorskie	5 837	929
2009	36 945	9,7	12,6 – mazowieckie	6,1 – kujawsko-pomorskie	5 302	1 005
2010	37 616	9,8	12,8 – mazowieckie	6,2 – kujawsko-pomorskie	6 071	951
2011	38 335	9,9	12,9 – mazowieckie	6,2 – kujawsko-pomorskie	5 871	981

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia, przygotowywanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia za lata 2001–2011, dane bez MON, MSWiA, MS; www.csioz.gov.pl (25.03.2013).

Dane zawarte w tabeli 8 pokazują, że biorąc pod uwagę podstawowe miejsce zatrudnienia, liczba lekarzy dentyistów wzrosła o 10%. Uwzględniając liczbę lekarzy pracujących w publicznych podmiotach opieki zdrowotnej (por. tabela 9), należy podkreślić, że w analizowanym okresie dostępność do nich zmniejszyła się dwukrotnie. Jeśli chodzi o regionalne zróżnicowanie wskaźnika nasycenia, to również w tym obszarze widać znaczne dysproporcje (największe nasycenie – województwo łódzkie, najmniejsze – województwa: podlaskie, śląskie, wielkopolskie, lubuskie, warmińsko-mazurskie).

Tab. 8. Personel ochrony zdrowia – lekarze dentyści według podstawowego miejsca zatrudnienia

Rok	Dentyści ogółem	Lekarze dentyści na 10 tys. mieszkańców
2000	11 758	3,1
2004	10 081	2,6
2005	11 881	3,1
2007	12 930	3,4
2008	12 765	3,3
2009	11 855	3,1

2010	12 326	3,2
2011	12 989	3,4

Źródło: dane MZ w Roczniku Statystycznym GUS (dane bez MON, MSWiA, MS).

Tab. 9. Personel ochrony zdrowia – lekarze dentyści pracujący w publicznych zakładach opieki zdrowotnej według podstawowego miejsca zatrudnienia

Rok	Dentyści ogółem	Liczba dentystów na 10 tys. mieszkańców		
		ogółem	maksymalna	minimalna
2002	4 497	1,2	b.d.	b.d.
2003	4 082	1,1	2,3 – łódzkie	0,2 – lubuskie
2004	3 040	0,8	1,6 – łódzkie	0,2 – lubuskie, opolskie, warmińsko-mazurskie
2005	2 349	0,6	1,5 – łódzkie	0,1 – lubuskie, wielkopolskie
2006	2 244	0,6	1,5 – łódzkie	0,1 – lubuskie, opolskie, podlaskie, warmińsko-mazurskie
2007	2 088	0,5	1,4 – łódzkie	0,1 – lubuskie
2008	1 968	0,5	1,6 – łódzkie	0,1 – lubuskie, warmińsko-mazurskie
2009	1 810	0,5	1,0 – łódzkie	0,1 – lubuskie, wielkopolskie
2010	1 826	0,5	1,2 – łódzkie	0,1 – lubuskie, warmińsko-mazurskie
2011	1 860	0,5	1,3 – łódzkie	0,1 – podlaskie, śląskie, wielkopolskie

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletynów Statystycznych Ministerstwa Zdrowia przygotowywanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia za lata 2001–2011, dane bez MON, MSWiA, MS; www.csioz.gov.pl (25.03.2013).

Zakończenie

Zasobność sektora usług stomatologicznych (kadra, infrastruktura, sprzęt itp.) decyduje o dostępności świadczeń dla pacjentów. W latach 2003–2012 w odniesieniu do placówek stomatologicznej opieki zdrowotnej można mówić o poprawie dostępności – rośnie liczba podmiotów zarówno w ujęciu bezwzględnym, jak i w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Przedstawiony w pracy wymiar przestrzenny pozwolił na uchwycenie koncentracji usług

stomatologicznych w województwach: mazowieckim, łódzkim i zachodnio-pomorskim oraz „białych plam” w dostępności do usług stomatologicznych w województwach: lubelskim, lubuskim, opolskim, kujawsko-pomorskim czy warmińsko-mazurskim. Jednak pozostałe przedstawione w artykule zmiany w zasobach systemu opieki zdrowotnej w zakresie stomatologii pokazują, że dostępność usług oferowanych przez władze publiczne maleje:

- nakłady NFZ na świadczenia stomatologiczne w porównaniu z wydatkami na świadczenia zdrowotne ogółem w latach 2003–2013 relatywnie zmalały;
- liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w publicznych podmiotach opieki zdrowotnej w latach 2002–2011 zmalała 2,4 razy.

Gdy się spojrzy na kierunek tych zmian, można dostrzec, że państwo systematycznie wycofuje się z zapewniania obywatelom opieki stomatologicznej, oddając tę sferę opieki zdrowotnej rynkowi (i świadczeniodawcom komercyjnym).

Na zakończenie rozważań na temat dostępności usług stomatologicznych należy podkreślić, że choć wskaźnik nasycenia – w odniesieniu do lekarzy dentystów – w analizowanym okresie sukcesywnie rósł, to jest on istotnie niższy niż w innych krajach Europy; np. w 2010 r. wskaźnik nasycenia odnoszący się do praktykujących dentystów wyniósł w Polsce 3,3, w Niemczech – 7,9, Finlandii – 7,4, Dani – 7,5, Czechach – 7,2, Wielkiej Brytanii – 5,2 i na Węgrzech – 5,3¹. Z jednej strony jest to wyraźny sygnał o ograniczeniu dostępności usług stomatologicznych w Polsce w porównaniu z innymi państwami europejskimi, a z drugiej strony dowód potencjalnych możliwości rozwoju rynku usług stomatologicznych – liczba praktykujących lekarzy dentystów musiałaby się zwiększyć dwu- lub trzykrotnie, aby dostępność lekarzy dentystów w Polsce dorównała średniej w innych państwach europejskich (stanowiłoby to wyzwanie dla już praktykujących lekarzy i wpłynęło na zwiększenie konkurencyjności na tym rynku).

Bibliografia

- Frączkiewicz-Wronka A. (2004), *Dostępność usług zdrowotnych – racjonalizacja czy wykluczenie*, „Polityka Zdrowotna”, tom I.
- Golinowska S. (2008), *Rynek pracy w sektorze zdrowotnym – zaniedbany obszar zarządzania*, „Polityka Społeczna”, nr 7.
- Niżankowski R. (2000), *Jaki system specjalizacji lekarskich?*, „Zdrowie i Zarządzanie”, tom II, nr 5.
- Sobiech J. (1990), *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, „Zeszyty Naukowe”, nr 109, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań.

¹ www.stats.oecd.org (25.03.2013).

Access to Health Care, www.ucatlas.ucsc.edu/access.php.

www.csioz.gov.pl

www.nfz.gov.pl

www.stats.oecd.org

www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/

Łukasz Sułkowski

Uniwersytet Jagielloński

Społeczna Akademia Nauk

Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań

Cultural change in polish hospitals – research analysis

Abstract: The article contains the analysis of organizational culture in change management in Polish hospitals. The analysis of cultural limits of organizational changes was made on the basis of research conducted in connection with a grant 'Barriers of organizational changes in Polish hospitals' culture'.

Key-words: organizational change, research data, Polish hospitals, change management, culture.

Wprowadzenie

Analizy kulturowych barier zmian dokonano na podstawie badań empirycznych wykonanych w ramach grantu „Bariery zmian organizacyjnych w kulturze polskich szpitali” w Uniwersytecie Jagiellońskim we współpracy z pracownikami naukowymi Społecznej Akademii Nauk. Artykuł rozpoczyna się opisem celów, pytań badawczych oraz metodyki badań. Rezultaty badań przedstawione zostały w dwóch monografiach oraz kilku artykułach [Sułkowski 2012a; Sułkowski, Seliga 2012; Sułkowski 2012b, ss. 79–86]. Następnie na podstawie wyników badań próbowano odnaleźć specyfikę kulturową polskiego szpitala, przede wszystkim w odniesieniu do procesu zarządzania zmianą. Przeprowadzona została analiza kultur organizacyjnych szpitali oparta na modelach dychotomicznych kultury organizacyjnej. Pozwoliło to na identyfikację szczególnych cech kultur organizacyjnych publicznych szpitali w Polsce. Artykuł zamykają wnioski, które zawierają próbę odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz odnoszą się do hipotez.

Metodyka badań

Celem projektu badawczego była identyfikacja barier zmian, których źródłem jest kultura organizacyjna, oraz wskazanie możliwości ograniczania tych barier. Szpitale działają w ramach sprecyzowanej misji, która znajduje odzwierciedlenie w sferze strukturalnej i aksjologicznej. W pierwszej kolejności można postawić tezę, że szpitale odznaczają się wyraźną odrębnością kulturową w porównaniu z innymi typami organizacji. Kluczowym problemem pozostaje stwierdzenie, na czym ta odrębność się opiera oraz jaki jest wpływ kultury organizacyjnej na zarządzanie zmianami w polskich szpitalach.

W związku z określonymi w projekcie celami sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Na czym polega specyfika kultury organizacyjnej szpitali w Polsce?
2. Jakie są najważniejsze subkultury w polskich szpitalach?
3. Czy, dlaczego i w jakiej formie różnice kulturowe stają się barierą współdziałania wewnątrz organizacji i konfliktów?
4. Jaki jest związek pomiędzy kulturą organizacyjną a procesem zarządzania zmianami w szpitalach w Polsce?
5. Jak można kształtować kulturę organizacyjną sprzyjającą przeprowadzaniu zmian organizacyjnych w szpitalach w Polsce?

Wstępna analiza polskiej i zagranicznej literatury przedmiotu oraz doświadczenie praktyczne wykonawców projektu doprowadziły do postawienia czterech hipotez badawczych.

Hipoteza 1: Szpitale w Polsce mają własną specyfikę w sferze kultury organizacyjnej, która odróżnia ten typ organizacji od innych.

Hipoteza 2: Kultura organizacyjna dominująca w polskich szpitalach wzmacnia opór wobec zmian organizacyjnych i utrudnia współpracę.

Hipoteza 3: Kultura organizacyjna szpitali powstaje w napięciu pomiędzy wartościami kultur zawodowych, przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek, a kulturą organizacyjną szpitala, a więc podmiotu gospodarczego działającego na rynku.

Hipoteza 4: Kultura organizacyjna szpitali ukierunkowana na zmiany i współpracę sprzyja wprowadzaniu zmian organizacyjnych.

Główną metodą badań była analiza porównawcza studiów przypadku. Dobór jakościowej metody badań wynikał ze słabo eksplorowanego i nieustrukturyzowanego problemu badawczego. Kultura organizacyjna i proces jej zmiany jest obszarem mało rozpoznany, a jednocześnie wymagającym pogłębionej wiedzy o jednostkowym funkcjonowaniu organizacji, a więc niezbyt nadającym się do badań reprezentatywnych. Badania przeprowadzone zostały w dwóch etapach. Pierwszy służył lepszej konceptualizacji problemu badawczego oraz konstrukcji narzędzia do pogłębionego wywiadu kwestiona-

riuszowego. Opierał się on na 6 wywiadach swobodnych przeprowadzonych z zarządzającymi szpitalami jeszcze w 2011 r. Drugi etap badań służył analizie porównawczej i opierał się na pogłębionej analizie kultury organizacyjnej i procesów zmian w polskich szpitalach. Przeprowadzono go w pierwszym półroczu 2012 r. Próba badawcza miała charakter celowy i liczyła 15 szpitali, które były dość zróżnicowane z punktu widzenia wielkości, specjalizacji, zaawansowania procesów restrukturyzacyjnych oraz lokalizacji.

Tab. 1. Charakterystyka jednostek z próby badawczej

Kryterium	Wielkość zatrudnienia	Struktura własnościowa	Specjalizacja
Szpital 1	2193	Instytut Badawczy	Specjalistyczny (położnictwo i ginekologia) Specjalistyczny (całościowa opieka nad dzieckiem)
Szpital 2	155	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Ginekologia–położnictwo i neonatologia
Szpital 3	700	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy (choroby zakaźne)
Szpital 4	321	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny: (choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, chirurgia ortopedyczno-urazowa)
Szpital 5	2200	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy
Szpital 6	54	Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Specjalistyczny (leczenie niepłodności)
Szpital 7	500	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy
Szpital 8	498	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny (choroby płuc)
Szpital 9	200	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny (rehabilitacja dziecięca)
Szpital 10	370	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny (psychiatria)
Szpital 11	750	Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Specjalistyczny wieloprofilowy
Szpital 12	1770	Spółka akcyjna	Specjalistyczny wieloprofilowy
Szpital 13	207	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy

Szpital 14	106	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy
Szpital 15	441	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy

Źródło: opracowanie własne.

Studia przypadków 15 badanych szpitali miały charakter pogłębiony i zostały stworzone na podstawie szeregu technik zbierania i analizy danych. Przede wszystkim przeprowadzone zostały wywiady swobodne, a następnie pogłębione wywiady kwestionariuszowe z zarządzającymi, kadrą kierowniczą oraz lekarzami, pielęgniarkami i pracownikami administracji zatrudnionymi w tych jednostkach (łącznie 50 wywiadów kwestionariuszowych). Zgromadzona została dokumentacja dotycząca funkcjonowania tych podmiotów gospodarczych w postaci: analiz strategicznych i strukturalnych. Przeprowadzona została również obserwacja nieuczestnicząca funkcjonowania tych jednostek.

Analiza kultury polskich szpitali

Spośród wielu wymiarów często przewijających się w badaniach kultury organizacyjnej analizie poddano: siłę, stopień konserwatyzmu oraz hierarchiczności kultur organizacyjnych szpitali w Polsce. Wybór tych trzech wymiarów był nieprzypadkowy. Siła kultury organizacyjnej jest jedną z najczęściej badanych charakterystyk kulturowych i stanowi ona odzwierciedlenie jednorodności, homogeniczności i spoistości kultury. W wypadku szpitala powinna ona wskazywać na wewnętrzną spoistość lub też rozproszenie wzorców kulturowych. Wymiar konserwatyzmu znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie percepcji i akceptacji zmian organizacyjnych, natomiast wymiar hierarchiczność versus równość wiąże orientację kulturową z typem struktury organizacyjnej.

Kultury silne skutecznie zaszczepiają pracownikom zespół wartości, norm i wzorów kulturowych, co prowadzi do konsensusu i poczucia wspólnoty. Pozytywną stroną silnej kultury są wysoka motywacja, zaangażowanie, lojalność i stabilność pracowników. Negatywny aspekt to: wymuszanie konformizmu, odrzucanie rozwiązań i osób niosących idee nowatorskie czy rewolucyjne.

Kultury organizacyjne szpitali, jak wynika z badań, przede wszystkim publicznych, należą częściej do kultur słabych, często z dwoma lub wieloma subkulturami. Heterogeniczna kultura jest skutkiem nakładania się różnych subkultur profesjonalnych, w tym: lekarskiej, pielęgniarskiej, pracowników administracji, menedżerów. Dualizm kultur organizacyjnych szpitali rodzi szereg konsekwencji natury organizacyjnej. Pomiedzy przedstawicielami subkultur występują napięcia, które utrudniają współpracę. Menedżerowie szpitali, któ-

rymi są najczęściej lekarze, intuicyjnie lub świadomie rozpoznają napięcie wewnątrz kultury organizacyjnej, postrzegając je jako swoiste „rozdwójenie jaźni zarządzających”. Z jednej strony dążą jako lekarze do postępowania zgodnie z etosem lekarskim, jednak z drugiej strony są zmuszeni do działania uwzględniającego założenia logiki ekonomicznej i menedżerskiej. Pomimo heterogeniczności kultur szpitali trudno uznać, że stanowią one modelowe kultury słabe. Charakterystyczne są na przykład cechy łączące je z kulturami silnymi, takie jak: silna identyfikacja pracowników z wykonywanym zawodem, ale również ze szpitalem, oraz poczucie misji i zobowiązanie do lojalności. Zatem chociaż zidentyfikować można tego typu konfigurację kulturową polskich szpitali publicznych jako słabą, to znajdują się również elementy silnej identyfikacji zawodowej i organizacyjnej.

Tab. 2. Kultura silna versus słaba a kultury badanych szpitali

Cechy	Kultura silna	Kultura słaba	Kultura szpitala
Homogeniczność	wysoce homogeniczna	wysoce heterogeniczna	heterogeniczna
Stopień akceptacji wartości i norm organizacyjnych	konsensus co do wartości i norm organizacyjnych	konflikt wewnątrz wartości i norm organizacyjnych	różne wartości subkultur profesjonalnych
Poczucie wspólnoty wśród pracowników	silne poczucie wspólnoty wśród pracowników	poczucie konfliktu interesów i dążenie do konfrontacji	identyfikacja ze szpitalem, jednak silniejsza identyfikacja zawodowa
Stopień formalizacji norm	niepisane, powszechnie respektowane normy	sformalizowane reguły, często omijane	wysoki stopień formalizacji norm, z możliwością ich unikania
Zaangażowanie pracowników w sprawy organizacji	wysoki stopień zaangażowania pracowników	niski stopień zaangażowania pracowników	zróżnicowany stopień zaangażowania, w zależności od grupy zawodowej
Stopień lojalności pracowników wobec przedsiębiorstwa	wysoki stopień lojalności pracowników wobec przedsiębiorstwa	niski stopień lojalności pracowników wobec przedsiębiorstwa	wysoki stopień lojalności, choć silniejsza lojalność wobec profesji
Emocje związane z byciem członkiem organizacji	duma z przynależności do organizacji	wstyd z przynależności do organizacji	odczucia ambiwalentne lub różne w zależności od szpitala i subkultury

Źródło: opracowanie własne.

Kultura innowacyjna jest zorientowana na zmiany i wiąże się z gotowością do działania w sytuacji deficytu informacji oraz skłonnością do podejmowania ryzyka. Organizacje odznaczające się wysoką tolerancją niepewności nie dążą do utrzymania *status quo*, lecz są gotowe do przyjmowania zmian zewnętrznych i dokonywania przekształceń. Zazwyczaj łatwiej przystosowują się do zmian w otoczeniu, są elastyczne. Większą wagę przywiązuje się w nich do otwartości organizacji niż do jej stabilności.

Kultura konserwatywna łączy się z dążeniem do redukcji niepewności, działaniem w warunkach małego ryzyka, stawianiem na utrzymanie *status quo* oraz z podkreślaniem stabilizacyjnej roli organizacji. Akcentowana jest rola tradycji w przedsiębiorstwie. Tworzone warianty działań i scenariusze mają charakter deterministyczny; zakłada się unikanie ryzyka, maksymalne ograniczanie deficytu informacji i planowanie jednowariantowe. Zmiany traktowane są przede wszystkim jako zagrożenie [Sułkowski 2002, ss. 70–74].

Tab. 3. Kultura konserwatywna i kultury innowacyjne a kultury badanych szpitali

Cechy	Kultura innowacyjna	Kultura konserwatywna	Kultury szpitali
Rdzeniowa wartość	zmiana, innowacja	trwanie, bezpieczeństwo, konserwatyzm	bezpieczeństwo, ciągłość, dobro pracowników i pacjenta
Orientacja na zmiany	orientacja na zmianę w organizacji	orientacja na utrzymanie <i>status quo</i> w organizacji	obawa przed zmianami, dążenie do utrzymania struktur, opór wobec restrukturyzacji
Przedsiębiorczość	wysoka przedsiębiorczość	niska przedsiębiorczość i innowacyjność	brak zrozumienia potrzeby przedsiębiorczości
Podejście do tradycji	dystans, tradycja traktowana jako ciężar	szacunek, tradycja traktowana jako wzorzec	tradycja w zawodach medycznych traktowana jako dorobek, etos lekarski i pielęgniarski
Szacunek dla autorytetów	podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”	duży szacunek dla osób doświadczonych w organizacji	szacunek dla doświadczenia, docenianie senioratu
Podejście do informacji	akceptacja działań w warunkach deficytu informacji	dążenie do działania w warunkach pełnej informacji	dążenie do ograniczania deficytu informacji w decyzjach organizacyjnych

Źródło: opracowanie własne.

Niebezpieczeństwo konserwatyzmu jest jednym z kluczowych zagrożeń kulturowych szpitali działających w warunkach dużej zmienności otoczenia. Kluczowe jest dążenie do podtrzymywania i przekazywania tych samych wartości, kultywowane są tradycje, dąży się do działania w warunkach *status quo*. Chociaż orientacja konserwatywna sprzyja stabilności, to zbyt silny konserwatyzm może być niebezpieczny dla każdego podmiotu. Organizacje konserwatywne izolują się od informacji i opierają zmianom. Mogą być efektywne jedynie w warunkach znacznej stabilności sektora, a współcześnie szpitale działają w zmiennych warunkach. Badane szpitale odznaczają się w większości nieelastyczną kulturą organizacyjną. Szczególnie sztywne i konserwatywne są kultury organizacyjne dużych szpitali publicznych. Mniejsze szpitale, które przeszły proces restrukturyzacji, odznaczają się nieco większą elastycznością kultury organizacyjnej.

Preferowanie hierarchiczności wiąże się z przekonaniem, że ludzie różnią się między sobą, a organizacja to zróżnicowanie odzwierciedla. Wobec tego w organizacji powinno występować wiele szczebli kierowania oraz znaczące powinno być zróżnicowanie w uprawnieniach, przywilejach i korzyściach różnych grup pracowników. Szczególną wagę przywiązuje się do utrzymywania dyscypliny oraz wzmacniania autorytetu władzy. W organizacjach hierarchicznych dominuje akceptacja silnego zróżnicowania pracowników. Wyrażna jest preferencja dla myślenia elitarystycznego. Akcentowane jest znaczenie dyscypliny i porządku, które tworzy struktura władzy.

Dążenie do równości wynika z przekonania, że ludziom przysługują podobne uprawnienia i organizacja stanowi odbicie tej elementarnej równości. Zatem organizacja powinna posiadać płaską strukturę oraz maksymalnie ograniczać liczbę szczebli kierowania. Niewskazane jest znaczące zróżnicowanie uprawnień, przywilejów i korzyści wśród pracowników. Równość rodzi w organizacjach następujące postawy: akcentowanie podobieństw między pracownikami, preferencja dla myślenia egalitarnego, orientacja na spontaniczność oraz elastyczność struktur i stosunków władzy [Sułkowski 2002, ss. 66–68]. Wymiar hierarchiczność–równość jest pierwotny w stosunku do innego definiowanego jako autorytaryzm–demokratyczność (partycypacja). Autorytaryzm to dążenie do jednoosobowego, niekwestionowanego sposobu podejmowania decyzji w organizacji, natomiast demokratyczność oznacza dążenie w kierunku grupowego (w pełni partycypacyjnego) podejmowania decyzji. Wymiar hierarchiczność–równość jest także pierwotny w stosunku do wymiaru centralizacja władzy [Harrisom 1972]. W koncepcji G. Hofstede wymiarowi hierarchiczność–równość odpowiada dystans w stosunkach władzy. Duży dystans to orientacja hierarchiczna, zaś mały – równościowa [Hofstede 2000].

Tab. 4. Kulture hierarchiczne a równościowe

Cecha	Kultura hierarchiczna	Kultura równościowa	Kultury szpitali
Nierówności między stanowiskami	znaczne nierówności statusowe lub finansowe pomiędzy stanowiskami pracy	małe różnice statusowe lub finansowe między stanowiskami pracy	znaczne nierówności statusowe pomiędzy stanowiskami pracy
Dążenie do zmian strukturalnych	dążenie do pogłębiania różnic statusowych lub finansowych pomiędzy pracownikami	dążenie do ograniczania różnic statusowych lub finansowych pomiędzy pracownikami	dążenie do pogłębiania różnic statusowych i finansowych pomiędzy pracownikami
Styl kierowania	autokratyczny	partycypacyjny	patriarchalny lub autokratyczny; w zbliżonych grupach statusowych lub profesjonalnych styl konsultacyjny
Stopień centralizacji decyzji	centralizacja decyzyjna	decentralizacja decyzji	centralizacja decyzyjna
Pochodzenie hierarchii organizacyjnej	naturalna, obiektywna; przekonanie, że pracownicy znajdujący się na niższych pozycjach organizacyjnych mają zwykle mniejsze zdolności i umiejętności od pracowników na wyższych szczeblach	społeczna, konwencjonalna; hierarchia wiąże się z odgrywaniem różnych ról ustalanych ze względów pragmatycznych	przekonanie o wyższych kompetencjach, odpowiedzialności i zaangażowaniu pracowników stojących wyżej w hierarchii (lekarzy, menedżerów)
Stabilność hierarchii władzy	hierarchia powinna być stabilna	hierarchia powinna być elastyczna i ulegać zmianom	dążenie do stabilizacji strukturalnej i personalnej hierarchii
Stosunki zależności między pracownikami	podwładni są zależni od przełożonych	przełożeni i podwładni znajdują się we wzajemnej zależności	podwładni zależni z elementami współzależności
Uprzywilejowanie pracowników wyższych szczebli	w organizacji pracownicy na wyższych szczeblach powinni otrzymywać przywileje	w organizacji wszyscy powinni mieć równe prawa	uprzywilejowanie i ceremonialne traktowanie wysokiego statusu
Koncepcja sprawowania władzy	dominują koncepcje podkreślające znaczenie przełożonych i procesu kierowania pracownikami	dominują koncepcje podkreślające znaczenie pracowników oraz ich zaangażowania i partycypacji w procesie kierowania	dominują koncepcje podkreślające znaczenie przełożonych i procesu kierowania pracownikami

Źródło: opracowanie własne.

Kultury badanych szpitali wyraźnie oscylują w kierunku hierarchiczności. Przejawia się to znaczną deklarowaną oraz realizowaną akceptacją różnic statusowych pomiędzy pracownikami oraz całymi grupami zawodowymi. Na szczycie hierarchii znajdują się najczęściej lekarze pełniący funkcje kierownicze, zarządzający – ekonomiści, lekarze specjaliści oraz inni menedżerowie. Środek drabiny zajmuje personel pielęgniarstwa, technicy medyczni, ratownicy oraz kadra administracyjna. Natomiast dół hierarchii to pracownicy fizyczni obsługi, tacy jak salowe. Generalnie powszechny i akceptowany jest autokratyczny styl kierowania, a wieloletni kierownicy, którzy rozwinęli styl paternalistyczny, są szczególnie wysoko cenieni i poważani. W działaniach zawodowych wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarki oraz kadrę kierowniczą sporadycznie pojawiają się elementy stylu konsultacyjnego. Struktura władzy jest bardzo stabilna zarówno jeśli chodzi o stanowiska pracy, uprawnienia i podległości, jak i osoby sprawujące władzę. Dominuje funkcjonalna struktura organizacyjna oraz centralizm w podejmowaniu decyzji. Władza jest trwała, jawna, demonstrowana i sformalizowana.

Badane w projekcie 15 szpitali prezentuje różne przypadki oraz typy kulturowe, które jednak układają się w pewne grupy. Poniższa tabela prezentuje konfigurację wymiarów kultur organizacyjnych badanych 15 szpitali.

Tab. 5. Profile kulturowe badanych 15 szpitali – wymiary kultury

Szpital	Kultura silna vs. kultura słaba	Kultura konserwatywna vs. kultura innowacyjna	Kultura hierarchiczna vs. kultura równościowa
Szpital 1	słaba kultura, skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura silnie hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe i akademickie
Szpital 2	słaba kultura, słabe subkultury zawodowe, niska identyfikacja	konserwatywna kultura, mały opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
Szpital 3	Słaba kultura, skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, duży opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura silnie hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe i akademickie
Szpital 4	słaba kultura, słabe subkultury zawodowe, niska identyfikacja	konserwatywna kultura, średni opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe

Szpital 5	słaba kultura, skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, duży opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	Kultura silnie hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe i akademickie
Szpital 6	silna kultura firmy rodzinnej i etosu zawodowego, słabe subkultury, zarząd właścicielski	innowacyjna i elastyczna kultura zorientowana na przedsiębiorczość oraz otwartość na zmiany	kultura hierarchiczna, kluczowa pozycja właścicieli zarządzających, będących lekarzami
Szpital 7	słaba kultura, skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura silnie hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
Szpital 8	słaba kultura, umiarkowanie skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, średni opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
Szpital 9	silna kultura, słabe subkultury zawodowe, umiarkowana identyfikacja	Umiarkowanie innowacyjna i elastyczna kultura, niski opór przed zmianami, kultura zorientowana na przedsiębiorczość	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
Szpital 10	słaba kultura konfliktu pomiędzy „grupą menedżerską” a pielęgniarkami, skonfliktowane subkultury	kultura konserwatywna, opór pracowników wobec zmian, restrukturyzacja narzucana przez zarządzających przy wsparciu „grupy menedżerskiej”	kultura hierarchiczna, od zarządzającego pochodzą bardzo autokratyczne wzory kierowania, duży dystans władzy
Szpital 11	słaba kultura, umiarkowana identyfikacja	umiarkowanie innowacyjna i elastyczna kultura, niski opór przed zmianami, kultura zorientowana na przedsiębiorczość	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
Szpital 12	silna kultura, słabe subkultury, zarząd właścicielski, niska identyfikacja	innowacyjna i elastyczna kultura zorientowana na podejmowanie ryzyka, przedsiębiorczość oraz wprowadzanie zmian organizacyjnych	kultura hierarchiczna, kluczowa pozycja właścicieli zarządzających
Szpital 13	silna kultura, słabe subkultury zawodowe, umiarkowana identyfikacja	kultura innowacyjna i elastyczna kultura, niski opór przed zmianami, kultura zorientowana na zmiany organizacyjne i przedsiębiorczość	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe

Szpital 14	słaba kultura, słabe subkultury zawodowe, umiarkowana identyfikacja	konserwatywna kultura, umiarkowany opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
Szpital 15	słaba kultura, słabe subkultury zawodowe, umiarkowana identyfikacja	konserwatywna kultura, słaby opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowanie dominują tutaj kultury słabe, które są rozproszone oraz wewnętrznie zróżnicowane przede wszystkim ze względu na podział na subkultury zawodowe. Do słabych kultur organizacyjnych zaliczyć można wszystkie badane szpitale publiczne oraz wybrane przypadki szpitali niepublicznych. Podobnie jest właściwie z konserwatyzmem kulturowym, choć tutaj widoczna jest również współzależność z wielkością zatrudnienia oraz zaawansowaniem procesów zmian organizacyjnych. Generalnie wszystkie badane kultury szpitali są hierarchiczne i to niezależnie od ich struktury własnościowej, wielkości i specjalizacji.

Wśród wymiarów często przewijających się w badaniach kultury organizacyjnej analizie poddano siłę, stopień konserwatyzmu oraz hierarchiczności kultur organizacyjnych szpitali w Polsce. Badane szpitale różnią się pomiędzy sobą, jednak wyraźnie dostrzec można, że występuje pewien dominujący wzór kulturowy. Jest to częściej słaba kultura organizacyjna (odznaczająca się elementami lojalności zawodowej i organizacyjnej), która jest heterogeniczna, z wewnętrznymi napięciami pomiędzy subkulturami zawodowymi. Wyraźna jest skłonność do konserwatyzmu kulturowego, która przejawia się oporem wobec zmian oraz dążeniem do utrzymania *status quo*. Kultury badanych szpitali oscylują wokół hierarchiczności, która łączy się z autokratycznością oraz patriachalizmem. Opisany dominujący wzór kulturowy jest najbardziej charakterystyczny dla dużego szpitala publicznego w Polsce. Szpitale niepubliczne oraz mniejsze szpitale mogą częściej odbiegać od opisanego wzorca.

Wnioski

Formułując odpowiedzi na postawione w projekcie pytania badawcze oraz falsyfikując lub przynajmniej uprawdopodobniając hipotezy odnoszące się do kultury organizacyjnej polskich szpitali, można stwierdzić, że tego typu podmioty różnią się w sposób istotny od przedsiębiorstw, a zatem odznaczają się specyfiką w sferze wartości i norm (pytanie badawcze i hipoteza 1). Specyfika ta polega na dominacji modelu kulturowego łączącego słabą, konserwatywną

oraz hierarchiczną kulturę organizacyjną. Syndrom konserwatywnej kultury organizacyjnej, szczególnie w dużych szpitalach publicznych, utrudnia wprowadzanie zmian, ponieważ spręga się z: tworzeniem barier dla przedsiębiorczości zewnętrznej i wewnętrznej (*intrapreneurship*) oraz nieelastycznym i spe-tryfikowanym systemem zarządzania zasobami ludzkimi (pytanie badawcze 4, hipoteza 2). Jednym z ważnych fenomenów kulturowych polskich szpitali jest wewnętrzna niejednorodność kultury organizacyjnej, w której występują wyraźne napięcia i konflikty pomiędzy subkulturami i kontrkulturami. Ta heterogeniczność kultury i tożsamości organizacyjnej jest ściśle związana ze słabością kultury. Najważniejsze płaszczyzny napięć pomiędzy subkulturami tworzą się wokół dualizmu: kultury profesjonalne versus kultura szpitala. Do subkultur o najsilniejszej tożsamości zbiorowej, które zresztą często są skonfliktowane, należą grupy: lekarzy, pielęgniarów, zarządzających i menedżerów, administracji oraz pracowników pomocniczych (pytania badawcze 2 i 3 oraz hipoteza 3). Próbuąc odpowiedzieć na pytanie o możliwości kształtowania kultur szpitali zorientowanych na zmiany, można poszukiwać ich źródeł w liderze przeprowadzającym zmiany oraz presji otoczenia, które uniemożliwiają dryf, a zmuszają do podejmowania radykalnych decyzji restrukturyzacyjnych. Kluczowa z punktu widzenia wdrażania zmian oraz przezwycięzania barier przedsiębiorczości jest zatem rola zarządzającego, a następnie całej kadry menedżerskiej [Kavanagh, Ashkanasy 2006, ss. 81–103]. Osoby przedsiębiorcze, posiadające wiedzę i doświadczenie menedżerskie, zajmujące pozycje dyrektorów szpitali, częściej zarządzają jednostkami, wprowadzając innowacyjne zmiany wewnętrzne, doceniając przedsiębiorczość pracowników oraz wykorzystując szanse rozwoju tkwiące w turbulentnym otoczeniu (pytanie badawcze 5) [Fullan 2001]. Pewne wątpliwości budzi tu zresztą orientacja na współpracę, ponieważ znaczna część głębokich zmian restrukturyzacyjnych jest prowadzone nie w warunkach harmonijnej kooperacji, ale raczej głębokiego konfliktu pomiędzy różnymi subkulturami (hipoteza 4). *De facto* głęboka zmiana całkowicie burzy *status quo* i powoduje, że jedne grupy (interesariusze) tracą, a inne zyskują, co znajduje odbicie w konfliktach kulturowych.

Badania jakościowe dają możliwości głębszego zrozumienia analizowanych procesów, dzięki czemu ujawniają się problemy poznawcze, które nie zostały założone w pierwotnym planie. Niektórzy badacze posługujący się metodami jakościowymi stoją nawet na stanowisku, że potrzebne jest otwarte podejście epistemologiczne *tabula rasa*, w którym nie ma pierwotnych conceptualizacji w postaci hipotez, a nawet pytań badawczych. W opisywanym projekcie badawczym pojawiły się zarówno pytania badawcze, jak i hipotezy, jednak starano się również zachować otwartość na nowe problemy, co może być silną stroną badań jakościowych. Takie otwarte problemy, które pojawiły się w trak-

cie badań, a wcześniej nie były planowane lub miały charakter marginalny, to biurokratyzacja kultury oraz zróżnicowanie pomiędzy szpitalami publicznymi i niepublicznymi.

Znaczącym rysem kulturowym jest biurokratyzacja kultury organizacyjnej, która jest wprost proporcjonalna do wielkości szpitala. Szczególnie znaczący jest poziom biurokratyzacji w szpitalach publicznych, które nie przeszły przez proces głębokich zmian (np. restrukturyzację). Biurokratyzacja i formalizacja występująca w kulturze organizacyjnej, ale również w całej sferze zarządzania (łącznie ze strukturą, strategią organizacyjną oraz systemem zarządzania zasobami ludzkimi), odgrywa wówczas rolę bariery zmian [Swedborg, Agevall 2005, ss. 18–21, Selznick 1948, ss. 47–54].

Szpitaly publiczne, w szczególności te duże, mają znacznie więcej kulturowych barier zmian rozwoju przedsiębiorczości w porównaniu ze szpitalami niepublicznymi. Dotyczy to zarówno barier zewnętrznych, a przede wszystkim kapitałowych i prawno-administracyjnych, jak i wewnętrznych: kultura organizacyjna, kompetencje i wpływ interesariuszy. Bariery kapitałowe wiążą się często ze względnie gorszą kondycją finansową wielu szpitali publicznych. Sfera prawno-administracyjna w szpitalach publicznych jest sprzężona z nadzorem właścicielskim i uwikłana w szereg uwarunkowań natury politycznej. W polskich szpitalach publicznych tworzy się konserwatywna kultura organizacyjna skoncentrowana na misji społecznej i negująca potrzebę ekonomizacji działalności szpitala oraz wprowadzania innowacji. W większości badanych szpitali publicznych przedsiębiorczość i restrukturyzacja postrzegane są przez pryzmat zmian organizacyjnych, które niosą poczucie zagrożenia dla pracowników. Wielkość szpitala jest również zmienną ograniczającą przedsiębiorczość wewnętrzną. W dużych szpitalach publicznych nacisk interesariuszy sprzyja raczej utrzymaniu status quo niż wprowadzaniu przedsiębiorczych zmian. Paradoksalnie trudna sytuacja szpitala publicznego w wielu przypadkach jest przesłanką do wzmocnienia przedsiębiorczości. Szpital nr 1 charakteryzuje duży opór wobec zmian, ponieważ – ze względu na swoje znaczenie oraz organ założycielski (Ministerstwo Zdrowia) – jest utrzymywany nawet w warunkach znacznego deficytu działalności gospodarczej. Zatem zarówno zarządzający, jak i pracownicy nie czują nadmiernej presji na dokonywanie zmian i dominuje orientacja na *status quo*. Szpital nr 3, któremu rzeczywiście groziło bankructwo, skorzystał z szansy głębokich zmian i przeorientował się w kierunku przedsiębiorczości.

Konserwatyzmowi oraz orientacji na *status quo* szpitali publicznych sprzyja również nieelastyczny system zarządzania zasobami ludzkimi oraz spetryfikowana struktura zatrudnienia. We wszystkich badanych szpitalach publicznych rotacja pracowników jest bardzo mała i przeważa zatrudnienie w postaci

najbardziej stabilnych form, tzn. umów o pracę na czas nieokreślony. Szpitale niepubliczne, stanowiące jednostki stosunkowo nowe, odznaczają się znacznie większą rotacją pracowników oraz dominacją mniej stabilnych form zatrudnienia, takich jak: kontrakty, umowy czasowe, umowy o dzieło oraz umowy-zlecenia. Znajduje to zresztą odbicie również w pozostałych elementach systemu zarządzania zasobami ludzkimi, które można poklasyfikować w zależności od stopnia elastyczności.

Bibliografia

- Fullan M. (2001), *Leading in a culture of change*, San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Harrison R., *Understanding Your Organization Character*, „Harvard Business Review”, maj–czerwiec.
- Hofstede G. (2000), *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa.
- Kavanagh M.H., Ashkanasy N.M. (2006), *The Impact of Leadership and Change Management Strategy on Organizational Culture and Individual Acceptance of Change during a Merger*, „British Journal of Management”, 17.
- Selznick P. (1948), *An Approach Theory of Bureaucracy*, „American Sociological Review”, Vo. 8.
- Sułkowski Ł. (2002), *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa.
- Sułkowski Ł. (2012a), *Kulturowe procesy zarządzania*, Difin, Warszawa.
- Sułkowski Ł. (2012b), *Kulturowe ograniczenia przedsiębiorczości – badania jakościowe polskich szpitali*, „Polityka Zdrowotna”, nr XI, (8).
- Sułkowski Ł., Seliga R. (red.) (2012), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.
- Swedberg R., Agevall O. (2005), *The Max Weber dictionary: key words and central concepts*, Stanford University Press.

Teresa Dryl–Rydzyska

Fresenius Medical Care Polska SA

Dostępność usług medycznych a wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia

The accessibility of medical services and the utilization of health care facilities

Abstract: An important theme when discussing the shape of the Polish health care system is the role of the State plays as regulator. The last decade has lacked a coherent policy by the State of health for the spatial distribution of health services and reflection of this situation is the current state of dialysis therapy in Poland.

Researching this theme is important for service providers, because it has a direct connection to the operation of the health care business environment. The purpose of work is to analyze the current situation of dialysis therapy. An analysis of the accessibility of medical services and the utilization of health care facilities has been carried out using methodology from medical geography. Guidelines outline the necessary changes, which can lead to a more efficient use of economic resources in health care.

Key-words: spatial distribution of health services, the access to dialysis, the usage and effectiveness of dialysis therapy.

Wprowadzenie

Podstawowym dylematem, jaki powinien zostać rozstrzygnięty przez państwo w ramach prowadzonej polityki zdrowotnej, jest relacja pomiędzy dostępnością usług medycznych a wykorzystaniem zasobów systemu ochrony zdrowia. Bez spójnej polityki zdrowotnej państwa nie może być mowy o poprawie efektywności jednego z najważniejszych sektorów gospodarki, jakim jest ochrona zdrowia.

Dostawcy usług medycznych (świadczeniodawcy) stanowią podstawowe ogniwo systemu ochrony zdrowia. W niniejszej pracy zostanie przedstawiony

punkt widzenia świadczeniodawcy. Zaprezentowane zostaną wybrane elementy polityki zdrowotnej państwa, które są kluczowe dla poprawy dostępności usług medycznych oraz efektywności wykorzystania zasobów ochrony zdrowia. Te same elementy z punktu widzenia świadczeniodawcy są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania i rozwoju podmiotów leczniczych. Jako przedmiot analizy wybrano dystrybucję przestrzenną usług dializacyjnych w Polsce oraz nakreślono niezbędne kierunki planowania przestrzennego usług medycznych. W szczególności odniesiono się do takich elementów jak koncentracja usług medycznych, specjalizacja podmiotów medycznych oraz ich wpływ na zarządzanie placówkami ochrony zdrowia.

Charakterystyka problemu badawczego

Dostępność usług zdrowotnych i wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia są nierozdzielnie związane z geograficznymi warunkami funkcjonowania podmiotów medycznych. Oba te aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia są przedmiotem badań dyscypliny naukowej będącej subdyscypliną geografii – geografii medycznej.

Głównym obszarem zainteresowania geografii medycznej są przestrzenne aspekty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia [Meade, Emch 2010, s. 3].

Dostępność oznacza „możliwość skorzystania” z funkcji lub właściwości systemu, tak więc dostępność usług medycznych w najprostszy sposób może być zdefiniowana jako stopień zaspokojenia potrzeb zdrowotnych danej populacji na określonym obszarze.

Dostępność usług zdrowotnych może być zasadniczo podzielona na dwa typy: fizyczną i socjoekonomiczną [Joseph, Philips 1984, s. 2]. Ta pierwsza oznacza fizyczną możliwość otrzymania przez pacjenta usługi leczniczej, tj. fizyczny dostęp do infrastruktury technicznej i personelu medycznego. Natomiast dostępność socjoekonomiczna związana jest z psychologiczną zdolnością ludzi do rozpoznawania i oceniania własnych potrzeb zdrowotnych, zdolności ponoszenia kosztów leczenia oraz pokonywania organizacyjnych i instytucjonalnych barier wynikających z architektury systemu ochrony zdrowia.

Wykorzystanie zasobów można definiować jako sposób ich praktycznego użycia. Miernikami wykorzystania zasobów ochrony zdrowia są wyniki jakościowe leczenia oraz wynik finansowy podmiotu leczniczego, regionu, kraju. Wykorzystanie zasobów ochrony zdrowia często definiowane jest jako „ujawniona” dostępność [Joseph, Philips 1984, s. 111–141].

Materiał i metodyka

Jako materiał do analizy wybrano podmioty lecznicze działające w sektorze dializoterapii. Na podstawie danych własnych oraz danych literaturowych przedstawiono przestrzenną dystrybucję usług dializacyjnych w Polsce. Następnie, stosując metodologię wykorzystywaną w geografii medycznej, analizie poddano dwa istotne elementy systemu ochrony zdrowia: dostępność usług dializacyjnych oraz stopień wykorzystania istniejących zasobów dializoterapii. Do ich oceny posłużyły następujące parametry opisujące sytuację w danym województwie: populacja, gęstość zaludnienia, liczba dializowanych, wskaźnik leczonych na milion, liczba stanowisk dializacyjnych i ich wysycenie, dochód na jednego mieszkańca.

Geograficzna dystrybucja usług zdrowotnych wymaga wyspecjalizowanych metod statystycznych. W pracy dokonano jedynie wstępnej oceny dostępności usług dializacyjnych oraz stopnia wykorzystania zasobów dializoterapii. Posługując się współczynnikiem korelacji Pearsona, dokonano pomiaru siły korelacji linowej pomiędzy wybranymi parametrami opisującymi dostępność usług i wykorzystanie zasobów.

Przedstawione zostaną również ważne z punktu widzenia świadczeniodawcy aspekty planowania przestrzennego usług dializacyjnych prowadzące do efektywniejszego wykorzystania zasobów ochrony zdrowia.

Przestrzenna dystrybucja usług dializacyjnych w Polsce

W 2011 r. w Polsce dializowano 17 644 pacjentów, wskaźnik dializowanych na milion mieszkańców (pmp) wynosił 451,73. Ten wynik plasuje Polskę poniżej średniej w UE, gdzie w analogicznym okresie pmp wynosił 650 (dane własne).

W tabeli 1 przedstawiono liczbę leczonych pacjentów, liczbę stacji dializ, stanowisk dializacyjnych i pmp [Dryl–Rydyńska, Filipowicz, Mariak 2012, s. 3].

Tab. 1. Stacje dializ w Polsce w 2011 roku

Województwo	Populacja	Gęstość zaludnienia (populacja/km ²)	Liczba pacjentów poddanych HD	Liczba stanowisk dializacyjnych	pmp
dolnośląskie	2 877 840	144	1 411	310	490,30
kujawsko-pomorskie	2 069 543	115	1 035	221	500,11
lubelskie	2 151 895	86	991	232	460,52
lubuskie	1 011 024	72	422	100	417,40
łódzkie	2 534 357	139	1 062	229	419,04
małopolskie	3 310 094	218	1 750	312	528,69
mazowieckie	5 242 911	147	2 271	519	433,16
opolskie	1 028 585	109	478	119	464,72
podkarpackie	2 103 505	118	956	200	454,48
podlaskie	1 188 329	59	421	79	354,28
pomorskie	2 240 319	122	1 016	239	453,51
śląskie	4 635 882	376	2 324	534	501,31
świętokrzyskie	1 266 014	108	417	113	329,38
warmińsko-mazurskie	1 427 241	59	719	183	503,77
wielkopolskie	3 419 426	115	1 621	391	474,06
zachodnio-pomorskie	1 693 072	74	750	179	442,98
Polska	38 200 037	129	17 644	3 960	451,73

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Planu dializ na 2011 rok – NEFRON Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska oraz „Stacje dializ w Polsce 2011” – informacja NFZ z 22.09.2011.

Analiza zależności pomiędzy dostępnością usług dializacyjnych a wykorzystaniem zasobów dializoterapii

Wstępna analiza danych zawartych w tabeli 1 wskazuje, że dostępność leczenia dializacyjnego jest różna w zależności od województwa. Wskaźnik leczonych na milion mieszkańców waha się od 329,38 w województwie świętokrzyskim do 528,69 w Małopolsce. Liczba stanowisk dializacyjnych jest najniższa w województwie podlaskim i wynosi 79, a najwyższa w województwie śląskim – 534. Wartości te wydają się słabo powiązane z populacją województwa,

która najniższa jest w województwie lubuskim – 1 011 024, a najwyższa na Mazowszu – 5 242 911. W tabeli 2 przedstawiono stopień wzajemnej korelacji parametrów opisanych w punkcie 4.

Tab. 2. Analiza korelacji wybranych parametrów opisujących dystrybucję usług dializacyjnych w Polsce

Parametry	Wskaźnik Pearsona
Populacja / Liczba dializowanych	0,98
Liczba stanowisk HD / pmp	0,48
Gęstość zaludnienia/ Liczba stanowisk HD	0,73
Stopień wysycenia stanowisk HD / Gęstość zaludnienia	0,2

Źródło: dane własne.

Analiza dostępności hemodializ i wykorzystania istniejących zasobów dializoterapii została oparta na współczynniku korelacji liniowej Pearsona, który jest miernikiem siły związku prostoliniowego między dwiema cechami mierzalnymi. Przeprowadzona analiza wskazuje, że najsilniejsza korelacja występuje pomiędzy wielkością populacji województwa a liczbą dializowanych, gdzie $r_{xy}=0,98$. Ten wynik pozostaje w sprzeczności ze zróżnicowanym poziomem dostępności do leczenia hemodializami w różnych województwach, wyrażonym we wskaźniku leczonych dializami na milion mieszkańców. Średnią korelację stwierdzono pomiędzy liczbą stanowisk dializacyjnych a pmp, współczynnik korelacji Pearsona w tym wypadku wynosi 0,48. Istotną korelację ($r_{xy}=0,73$) stwierdzono pomiędzy gęstością zaludnienia a liczbą stanowisk HD. Ten wynik jest dość zaskakujący, ponieważ im gęstsze zaludnienie, tym większa jest możliwość koncentracji usług. Oba te wyniki mogą wskazywać na zróżnicowane wykorzystanie zasobów dializoterapii. Ciekawych obserwacji dostarcza wskaźnik wysycenia stanowisk HD, tj. liczba dializowanych pacjentów przypadających na jedno stanowisko HD w poszczególnych województwach. Waha się on od 3,7 w świętokrzyskim do 5,6 w Małopolsce, podczas gdy średnia w całej Polsce wynosi 4,4. Współczynnik korelacji stopnia wysycenia stanowisk HD i gęstości zaludnienia jest nieistotny i wynosi 0,2. Wydaje się, że ten wynik potwierdza niejednolite w skali kraju rozmieszczenie stanowisk dializacyjnych oraz zróżnicowane ich wykorzystanie.

Omawiając fizyczną dostępność leczenia hemodializami, należy podkreślić, że pacjenci objęci programem przewlekłego leczenia są bardzo specyficzną grupą chorych ze względu na częstotliwość (zabiegi średnio 3 razy w tygodniu) oraz wieloletni okres terapii. Stąd dystans dzielący miejsce zamieszkania pacjenta od stacji dializ jest jednym z kluczowych elementów fizycznej dostęp-

ności leczenia. W dużej mierze jednak ten parametr uzależniony jest od naturalnych warunków geograficznych, takich jak ukształtowanie terenu, gęstość zaludnienia i sieć połączeń komunikacyjnych. Kluczowym elementem jest jednak struktura sieci stacji dializ w danym województwie, bo to ona determinuje fizyczną dostępność leczenia hemodializami.

Przestrzenna dystrybucja ośrodków dializ w Polsce jest wypadkową uwarunkowań historycznych oraz demograficznych. Teoretycznie można przyjąć, że epidemiologia chorób nerek powinna być zbliżona w całym kraju. Przesłanki pozwalające przyjąć takie założenie są następujące: prawie homogenna struktura rasowa, zbliżone nawyki dietetyczne, zbliżone warunki ekonomiczne i kulturowe. Wydaje się, że różnice w modelu spożycia artykułów żywnościowych pomiędzy województwami nie mają wpływu na wskaźnik leczenia dializami. Najwięcej mięsa i przetworów mięsnych na osobę spożywano w woj. podlaskim (65,2 kg/rok), a najmniej w woj. podkarpackim (47,7 kg/rok) [GUS 2011]. Dieta wysokobiałkowa należy do czynników ryzyka w chorobach nerek [Rutkowski, Czekalski, Myśliwiec 2006, s. 41]. Najwyższe spożycie mięsa i jego przetworów występowało w województwie podlaskim, czyli regionie o jednym z najniższych wskaźników pacjentów leczonych dializami na milion mieszkańców.

Jak wspomniano wcześniej, dostępność socjoekonomiczna do usług medycznych związana jest z psychologiczną zdolnością ludzi do rozpoznawania i oceniania własnych potrzeb zdrowotnych, zdolności do ponoszenia kosztów leczenia oraz pokonywania organizacyjnych i instytucjonalnych barier wynikających z architektury systemu ochrony zdrowia. Świadomość społeczna na temat przewlekłej choroby nerek jest bardzo słaba, nieporównywalnie niższa, niż w kardiologii, diabetologii czy onkologii. Istotnym elementem jest również fakt, że objawy niewydolności nerek pojawiają się relatywnie późno. Stąd stopień rozpoznania własnych potrzeb zdrowotnych pacjenta w tym zakresie jest niewielki. Powszechnym zjawiskiem jest późne włączanie pacjentów do dializ, często w trybie nagłym. Rokowanie w przewlekłej niewydolności nerek zależy głównie od zahamowania aktywności choroby nerek i stopnia wywołanego zniszczenia mięszu nerek. Rokowanie jest tym gorsze, im późniejsze stadium, w którym choroba została rozpoznana [Książek, Rutkowski 2004, s. 220]. Oznacza to, że nie tylko pacjenci, ale również lekarze pierwszego kontaktu zbyt późno rozpoznają przewlekłą chorobę nerek. W odniesieniu do zdolności pacjentów do ponoszenia kosztów leczenia należy wskazać, że ten aspekt socjoekonomicznej dostępności w wypadku dializoterapii jest marginalny. Tabela 3 przedstawia porównanie wskaźników średniego miesięcznego dochodu na 1 mieszkańca województwa w 2011 [GUS, 2011] z pmp.

Tab. 3. Zależność pomiędzy dochodem i wskaźnikiem pmp dializowanych w Polsce

Województwo	dochód na 1 mieszkańca (%)	pmp dializowanych
kujawsko-pomorskie	90,9	500,11
lubelskie	84,3	460,52
lubuskie	96,1	417,4
łódzkie	102,7	419,04
małopolskie	96,8	528,69
mazowieckie	128,9	433,16
opolskie	103,2	464,72
podkarpackie	83	454,58
podlaskie	89	354,28
pomorskie	104,5	453,51
śląskie	102,4	501,31
świętokrzyskie	83,6	329,38
warmińsko-mazurskie	85,7	503,77
wielkopolskie	90,9	474,06
zachodniopomorskie	95,8	442,98
Polska	100	449,17

Źródło: GUS Portal Informacyjny (2011), *Sytuacja gospodarstw domowych w 2011 r. w świetle wyników badań budżetów gospodarstw domowych*, www.stat.gov.pl.

Obliczony wskaźnik Pearsona dla przedstawionych powyżej dwóch cech wynosi 0,11, co wskazuje, że nie ma korelacji pomiędzy poziomem dochodu na mieszkańca danego województwa a wskaźnikiem pmp dializowanych. W Polsce leczenie nerkozastępcze finansowane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, praktycznie nie występuje współpłacenie przez pacjentów. Innym ważnym z punktu widzenia dostępności aspektem jest swoboda wyboru przez pacjenta miejsca leczenia. Teoretycznie polski system ochrony zdrowia gwarantuje choremu prawo wyboru miejsca leczenia. NFZ, ustalając limity kontraktów, ogranicza lub uniemożliwia przemieszczanie się pacjentów.

Planowanie przestrzenne usług zdrowotnych – kluczowe kierunki zmian

Począwszy od roku 2000, nie funkcjonował narodowy plan rozwoju leczenia nerkozastępczego. Stacje dializ powstawały z inicjatywy władz lokalnych

(głównie starostw powiatowych) w połączeniu z inicjatywą wyspecjalizowanych firm dostarczających usługi dializacyjne. Ostatnie dziesięciolecie było niewątpliwie okresem dynamicznego rozwoju tego sektora usług zdrowotnych, dzięki czemu odrobiony został dystans dzielący Polskę od pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej.

Planowanie na poziomie regionalnym, a w niektórych dyscyplinach także centralnym stwarza warunki do koncentracji usług zdrowotnych i umożliwia podmiotom leczniczym wykorzystanie efektu skali. W tym miejscu natychmiast pojawia się kwestia kompleksowości udzielania usług przeciwstawiana wąskiej specjalizacji podmiotów leczniczych. Kompleksowe leczenie pacjenta nie powinno być rozumiane jako proces prowadzony przez jeden podmiot leczniczy. Rola państwa jako regulatora powinna polegać na wyzwalaniu mechanizmów wzmacniających współpracę pomiędzy szpitalami, podmiotami leczniczymi. Koncentracja zasobów ochrony zdrowia prowadzi do ograniczenia wydatków na infrastrukturę techniczną podmiotów leczniczych oraz redukcję kosztów bieżących.

Opisana powyżej koncentracja usług stymuluje powstawanie wysokospecjalistycznych podmiotów leczniczych. Specjalizacja umożliwia lepszą dystrybucję „umiejętności”. Stworzenie mniejszej liczby ośrodków o określonej specjalności pozwoli na lepsze wykorzystanie ograniczonej liczby lekarzy specjalistów. Duża liczba powtarzalnych zabiegów wykonywanych przez ten sam zespół pozwala na optymalizację procesów, dzięki czemu możliwa jest poprawa efektywności ekonomicznej podmiotu leczniczego. Nie bez znaczenia pozostaje wpływ wysokiej specjalizacji na jakość usług medycznych. Im większa liczba wykonywanych zabiegów, tym większe doświadczenie zespołu lekarskiego oraz możliwość inwestowania w nowe technologie, a to z kolei prowadzi do podniesienia jakości usług medycznych.

Planowanie przestrzennej dystrybucji usług zdrowotnych nie może odbywać się bez szczegółowego rozpoznania potrzeb i istniejących zasobów. Istotnym elementem poprawy funkcjonowania sektora ochrony zdrowia jest obiektywizacja decyzji organów państwa definiujących liczbę i strukturę podmiotów leczniczych w kraju, w województwie i w powiecie. Z punktu widzenia świadczeniodawcy istotna jest transparentność zasad tworzenia planu przestrzennej dystrybucji usług zdrowotnych oraz stworzenie równych warunków funkcjonowania dla wszystkich podmiotów leczniczych.

Publiczne szpitale działające w formie zakładów opieki zdrowotnej oraz te przekształcone w spółki prawa handlowego charakteryzują się wysokim stopniem zależności od organów państwa (organy założycielskie, właściciele udziałów w spółkach). Wydaje się zasadne postawienie tezy, że kluczem do poprawy funkcjonowania tych placówek ochrony zdrowia może być wyposażenie nad-

zoru właścicielskiego we właściwe narzędzia pozwalające na obiektywną ocenę działalności podległych jednostek. Forma własności nie powinna mieć wpływu na efektywność funkcjonowania podmiotu leczniczego. Ustalenie transparentnych algorytmów i standardów postępowania, wprowadzenie mierników jakości leczenia pozwoli na skuteczny benchmarking podmiotów leczniczych.

Na koniec najbardziej kontrowersyjny element, jakim jest konkurencja w sektorze usług medycznych. Bez konkurencji nie ma postępu i należytej dbałości o jakość usług. Kreowanie opartej na wartościach konkurencji jest tym kierunkiem, w którym wyniki leczenia i efektywne zarządzanie przesądzać będą o przewadze jednego podmiotu nad drugim. Przykładowo w USA funkcjonuje obowiązek sprawozdawania wyników medycznych osiągniętych przez wszystkich operatorów stacji dializ. Pomiędzy pierwszym rokiem raportowania danych (1987) a rokiem 1997 zanotowano 17-procentowy spadek śmiertelności dializowanych [Porter, Olmsted–Teisberg 2006, s. 129].

Zakończenie

Wskaźnik leczonych na milion jest różny w poszczególnych regionach kraju, na konieczność wykonania pogłębionej analizy wskazują także inne parametry opisujące dostępność i wykorzystanie zasobów dializoterapii. Powszechnie powtarzany jest pogląd, że w Polsce w pełni zaspokojony jest dostęp do leczenia dializacyjnego. W świetle przedstawionych powyżej danych można wnioskować, że to, co powszechnie uważana się za dostępność, jest w istocie „ujawnioną” dostępnością. Dyskusja koncentruje się wokół liczby dializowanych, która jedynie fragmentarycznie ilustruje problematykę chorób nerek w Polsce. Ze względu na brak szczegółowych danych epidemiologicznych, zwłaszcza w odniesieniu do I-IV stadium niewydolności nerek, trudno jest oszacować, ilu pacjentów nie otrzymuje specjalistycznego leczenia nefrologicznego. Istniejące bariery systemowe, do których należą przede wszystkim niskie kontrakty dla poradni nefrologicznych oraz niedoszacowanie ilościowe i wartościowe procedur szpitalnych realizowanych przez oddziały nefrologiczne, powodują, że dostępność leczenia zachowawczego jest ograniczona. Sytuację tę można by poprawić poprzez lepsze wykorzystanie istniejących zasobów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Infrastruktura i zasoby kadrowe poradni nefrologicznych i stacji dializ pozwalają na bardziej kompleksowe rozwiązanie leczenia chorób nerek. Nie należy zapominać o stałym przyroście chorych wymagających dializowania i konieczności wyrównania dostępności do leczenia HD we wszystkich województwach. Decyzje o planowanych nowych lokalizacjach powinny być poprzedzone analizą dostępności i wykorzystania zasobów dializoterapii na danym obszarze. Dane te powinny być jawne, a warunki przystąpienia do konkursu (przetargu) muszą zapewniać konkurencję.

Te dwa elementy z punktu widzenia świadczeniodawcy wydają się najistotniejsze i powinny zostać uwzględnione w planowanych zmianach legislacyjnych, oddających kompetencje w zakresie podziału środków pochodzących z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w ręce oddziałów wojewódzkich NFZ i wojewodów.

Bibliografia:

Dryl–Rydzynska T., Filipowicz M., Mariak M. (2012), *Planowanie i finansowanie rozwoju infrastruktury stacji dializ w Polsce*, „Forum Nefrologiczne”, t. 5, nr 4, 1-8.

GUS Portal Informacyjny (2011), *Sytuacja gospodarstw domowych w 2011 r. w świetle*

wyników badań budżetów gospodarstw domowych, www.stat.gov.pl

Joseph A.E., Philips D.R., (1984), *Accessibility&Utilisation geographical perspectives on health care delivery*, Harpers&Row LTD London.

Książek A., Rutkowski B. (2004), *Nefrologia*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.

Meade M.S., Emch M. (2010), *Medical geography*, The Guilford Press, London.

Porter M.E.; Teisberg E.O. (2006), *Redefining Health Care: Creating Value-based competition on results*, Harvard Business Review Press.

Rutkowski B.; Czekalski S., Myśliwiec M. (2006) *Nefroprotekcja. Podstawy patofizjologiczne i standardy postępowania terapeutycznego*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.

Anna Gawrońska–Błaszczuk
Instytut Logistyki i Magazynowania

Analiza porównawcza możliwych rozwiązań w zakresie pogodzenia obowiązku ochrony danych osobowych z bezpieczeństwem pacjenta i efektywnością szpitala w kontekście nowego Rozporządzenia MZ

A comparative analysis of possible solutions combining the obligation to protect personal data with patient safety and hospital efficiency in the light of the regulation of the Ministry of Health

Abstract: Since 1st of January 2013 each hospital is obliged to encode patient data as a result of new legislation aimed at personal data protection. Use of standard solutions implemented in other sectors not only allows to encode patient personal data but also helps to increase patient safety thanks to unique data processing methods. Moreover, thanks to inclusion of these solutions into logistics processes, it is possible to increase the efficiency of hospitals. Use of standardized identification methods of products and locations as well as data exchange allows to share crucial information in the whole logistics and information chain of hospitals without a necessity to implement additional interfaces in order to enter the data. This way hospitals are not forced to bear additional costs related to treatment process.

Key words:

Wstęp

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. – obowiązujące od 1 stycznia 2013 r. – określa „warunki, sposoby i tryby zaopatrywania pacjentów szpitali w znaki identyfikacyjne oraz sposób postępowania w razie stwierdzenia ich braku” [Dz. U. 12.1098 z dnia 4 października 2012 r.].

Zgodnie z tym rozporządzeniem dla celów identyfikacji pacjenta wykorzystywane są opaski identyfikacyjne, które każdy pacjent obowiązkowo powinien mieć na nadgarstku bądź – jeśli to niemożliwe lub niewskazane ze względu na proces leczenia – na kostce nogi. Pacjent musi zostać zaopatrzony w znak identyfikacyjny podczas przyjęcia do szpitala, po ustaleniu jego tożsamości. Rozporządzenie mówi, iż „w przypadku, gdy tożsamość pacjenta jest niemożliwa do ustalenia, pacjent ten zostaje zaopatrzony w znak identyfikacyjny «NN» i dodatkowe oznaczenie numeryczne, które pozwala na jego identyfikację do momentu ustalenia jego tożsamości”. Dodatkowo znak identyfikacyjny musi pozostać przy pacjencie do momentu wypisu ze szpitala, a w sytuacji gdy opaska w trakcie hospitalizacji ulegnie zniszczeniu, natychmiast należy zastąpić ją nową.

Zgodnie z art. 36 ust. 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – poprzedzającej wyżej wzmiankowane rozporządzenie – „znaki identyfikujące pacjenta zawierają informacje pozwalające na ustalenie imienia i nazwiska oraz daty urodzenia pacjenta zapisane w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjenta przez osoby nieuprawnione” [Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.]. Przyczyną powstania nowych aktów prawnych była chęć ochrony danych osobowych osób hospitalizowanych i odejście od kart gorączkowych, które te dane osobowe zawierały. Jednakże wprowadzenie oznaczeń kodowych pacjenta nie tylko gwarantuje ochronę jego danych osobowych, ale może się również przyczynić do zwiększenia bezpieczeństwa pacjenta hospitalizowanego, a w końcowym efekcie wpłynąć na wzrost efektywności funkcjonowania szpitala.

Wykorzystanie rozwiązań, które na rynku funkcjonują z powodzeniem od wielu lat i są uzgodnione przez ich użytkowników, umożliwia prezentowanie danych osobowych pacjentów w formie zakodowanej. Dzięki możliwości unikalnego przetwarzania w ten sposób przedstawionych danych możliwe jest zapewnienie większego bezpieczeństwa hospitalizowanych osób. Dodatkowo, uwzględniając te rozwiązania w procesach logistycznych podmiotów leczniczych, placówki te mają większe szanse na podniesienie efektywności realizowanych przez nie funkcji. Niniejsza praca jest próbą zaprezentowania możliwości pogodzenia wszystkich wymienionych wcześniej korzyści. Dodatkowo celem pracy jest analiza porównawcza stosowanych przez szpitale rozwiązań w kontekście efektywnego zarządzania danymi i zapewnienia ich integralności.

Kody kreskowe – sprawdzona metoda na błędy

Badania wykazały, że ok. 20% błędów medycznych wynika z nieprawidłowego podania leku. Bardzo często przyczyną tych błędów jest niewłaściwa identyfikacja pacjenta. Rocznie w Stanach Zjednoczonych umiera z tego po-

wodu nawet 100 tys. osób [McKinsey i in. 2012, s. 29]. Dodatkowo badania przeprowadzone w Wielkiej Brytanii, a dotyczące wykorzystania czasu pracy pielęgniarki na oddziale, pokazały, jak palący, choć niewidoczny na pozór, jest to problem [Department of Health 2007, s. 6]. Każda z pielęgniarek spędza średnio miesiąc w ciągu roku na poszukiwaniu zagubionego sprzętu, materiałów medycznych lub dokumentów. Każdego dnia mniej więcej 1/4 wszystkich pielęgniarek w szpitalu szuka karty chorobowej pacjenta lub jego danych laboratoryjnych. Większość z nich jest przekonana, że zastosowanie popularnej technologii kodów kreskowych istotnie pomogłoby zlikwidować te problemy. Prawie połowa z nich była również przekonana, że bransoletka z kodem pacjenta na jego nadgarstku istotnie pomoże w jego identyfikacji i pozwoli na zmniejszenie liczby pomyłek w stopniu ponad 50%.

Międzynarodowe instytucje branżowe, działające na rzecz ochrony zdrowia, uznały jako najbardziej efektywne, docelowe i podnoszące bezpieczeństwo pacjenta standardy, w tym identyfikatory, globalnego systemu GS1. Są to standardy jedyne globalnego systemu GS1, wdrażanego w 150 krajach na rzecz usprawnienia e-gospodarki we wszystkich sektorach, w tym także w sektorze ochrony zdrowia. Obejmują one między innymi: globalne identyfikatory: usługobiorców, pracowników medycznych i usługodawców [www.gs1.org].

W przeciwieństwie do niestandardowych identyfikatorów krajowych identyfikatory globalne są:

- pewne i sprawdzone,
- niezależne od technologii,
- najczęściej stosowane w Polsce i na świecie, w tym w standardowych dokumentach elektronicznych EDI (w standardach XML, ebXML, a także w standardzie HL7),
- przystosowane do ich automatycznego przetwarzania (tj. automatycznego wprowadzania danych do systemów informatycznych i baz danych w sposób błyskawiczny i absolutnie bezbłędny, także poprzez kody kreskowe GS1 lub globalne znaczniki radiowe), w tym jako opaski z kodem kreskowym na rękę pacjenta. Ponadto np. globalne identyfikatory pacjenta lub pracownika medycznego mogą być kojarzone w bazach danych bezpośrednio z numerem PESEL,
- przystosowane tym samym do identyfikacji poprzez elektroniczne karty, w tym np. elektroniczne dowody osobiste czy np. elektroniczne karty specjalisty medycznego, których wprowadzenie planuje Narodowy Fundusz Zdrowia dla każdego lekarza itd.,
- przystosowane do jednoznacznej identyfikacji podstawowych danych biznesowych w systemach informatycznych, ponieważ każdy globalny identyfika-

tor GS1 jest jednoznacznie identyfikowany poprzez globalne identyfikatory danych, zwane Identyfikatorami Zastosowania GS1.

Kody kreskowe GS1 są instrumentem sprawdzonym i pewnym, ponieważ na świecie funkcjonują od 40 lat, pomagając firmom i instytucjom w usprawnieniu ich pracy i obniżeniu kosztów działalności. 3 kwietnia 1973 r. liderzy przemysłu spożywczego w USA wybrali jeden standard do identyfikacji produktów, który teraz znany jest na świecie jako kod kreskowy GS1. Decyzja ta była początkiem powstania globalnego języka biznesu, który do dnia dzisiejszego zapewnia przejrzystość w łańcuchach dostaw w wielu sektorach.

System GS1 jest zbiorem międzynarodowych otwartych standardów identyfikacyjnych i komunikacyjnych ułatwiających efektywne zarządzanie globalnymi łańcuchami dostaw, obejmującymi wiele branż poprzez unikalną identyfikację produktów, przesyłek, zasobów, lokalizacji i usług [www.gs1pl.org]. System zasadza się na 4 filarach:



kodach kreskowych,



elektronicznej komunikacji,



synchronizacji danych podstawowych,



elektronicznym kodzie produktu.

Najistotniejszym elementem integrującym wszystkie standardy jest jednolity sposób wprowadzania danych o określonej strukturze, przekazywanych pomiędzy użytkownikami za pomocą kodów kreskowych i elektronicznej wymiany danych – EDI. Podstawę systemu stanowią standardowe identyfikatory GS1, które przedstawione w wybranym standardowym nośniku danych mogą służyć:

- identyfikacji pacjenta i personelu medycznego,
- identyfikacji leków,
- identyfikacji zasobów zwrotnych, w tym sprzętu medycznego wielokrotnego użycia,
- identyfikacji lokalizacji.

Numer GS1, służący unikalnej identyfikacji pacjenta, to Globalny Numer Relacji Usługowej (ang. *Global Service Relationship Number*, w skrócie GSRN). GSRN identyfikuje daną usługę w odniesieniu do konkretnego szpitala i konkretnego pacjenta. Nigdy jednak nie zawiera osobistego numeru identyfikacyjnego, ponieważ zawsze odnosi się do konkretnej usługi. Szpital generuje unikalny GSRN dla każdego ze swoich pacjentów i koduje go w określonej symbolice kodowej, umieszczając go na opasce znajdującej się na nadgarstku oraz właściwej kartotece medycznej. Numer GSRN ma określoną strukturę i składa się z prefiksu organizacji krajowej GS1, numeru usługodawcy, indywidualnego numer usługobiorcy oraz cyfry kontrolnej, gwarantującej poprawność numeru [*Podręcznik przebudowy procesów przepływu leków, materiałów medycznych i pacjentów*, 2005, s. 28].

Rys. 1. Struktura numeru GSRN

IZ	Globalny numer relacji usługowej		Cyfra Kontrolna
	Prefiks szpitala	Oznaczenie relacji usługowej	
8018	590 S1 S2 S3 S4 S5 S6	K1 K2 K3 K4 K5 K6 K7 K8	P

- 8018 – międzynarodowy identyfikator zastosowania dla numeru GSRN
- 590 – prefiks organizacji krajowej ILiM - GS1 Polska
- S1–S6 – numer szpitala jako jednostki kodującej przydzielony przez ILiM – GS1 Polska
- K1–K8 – numer pacjenta w Księdze Głównej
- P – cyfra kontrolna liczona wg standardowego algorytmu systemu GS1.

Przykładowy kod GSRN dla numeru pacjenta w Księdze Głównej; 12345678 nadany przez szpital, któremu przydzielono numer 590123456, prezentuje rysunek poniżej. Minimalna długość kodu wraz z białymi marginesami wynosi 45 mm.

Numer GSRN może być przedstawiany w postaci kodu kreskowego GS1-128 wraz z Identyfikatorem Zastosowania 8018:

Rys. 2. Przykładowy kod GSRN dla numeru pacjenta w Księdze Głównej: 12345678 nadany przez szpital, któremu przydzielono numer 590123456



Źródło: opracowanie własne.

Rys. 3. Zdjęcie przedstawiające opaskę z kodem kreskowym dla pacjenta



Źródło: zasoby GS1.

W Polsce Ministerstwo Zdrowia już w 1999 r. przyjęło jako obowiązujące globalne identyfikatory GS1 dla identyfikacji globalnej produktów leczniczych – tak zwane kody EAN, czyli numery GTIN, które w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne – w art. 23 ust. 1 pkt. 10 (Dz. U. z 2008 r., nr 45, poz. 271 ze zm.), określa się jako kody EAN.UCC). Ponadto są to standardy brane pod uwagę i planowane do wdrożenia w zakresie identyfikacji indywidualnych opakowań (Dyrektywa UE nt. zapobiegania wprowadzania do obrotu produktów sfałszowanych), a także do identyfikacji wyrobów medycznych. Nie bez znaczenia jest tutaj fakt, iż standardy te są rekomendowa-

ne przez Komisję Europejską, EFPIA, EUCOMED, MZ Wielkiej Brytanii, Francji, Australii, Nowej Zelandii.

Standardowe kody kreskowe mogą być stosowane przez wszystkie szpitale, których dotyczy nowa Ustawa o działalności leczniczej, nakładająca na podmioty lecznicze obowiązek wprowadzenia kodowanych identyfikatorów dla pacjentów. W przeciwieństwie do innych rozwiązań dostępnych w sektorze ochrony zdrowia standardowe kody kreskowe są sprawdzone, pewne, zgodne z trendami panującymi w Unii Europejskiej oraz polskim prawem.

Analiza możliwych rozwiązań w kontekście efektywnego zarządzania danymi i zapewnienia ich integralności

Logistyka szpitalna obejmuje swoim zakresem wszystkie działania wspierające podstawowy proces w szpitalu – proces leczenia. Centralnym elementem tego procesu jest pacjent, wokół którego koncentrują się wszystkie czynności personelu medycznego. Dotyczy to zarówno pacjentów hospitalizowanych, jak i tych, którzy na co dzień korzystają ze świadczeń zdrowotnych. Rodzaj gromadzonych danych medycznych różni się w zależności od pacjenta, a liczba tych danych rośnie wraz z wiekiem osób poddawanych różnym procedurom medycznym. Dostęp do aktualnych danych medycznych jest podstawą prawidłowej diagnostyki i przebiegu całego procesu leczenia.

Dzięki wprowadzeniu kodowych oznaczeń dla pacjenta szpitale mogą jednocześnie chronić dane osobowe osób hospitalizowanych, poprawiając ich bezpieczeństwo i zwiększając swoją efektywność. W tym celu konieczne jest wprowadzenie kodów kreskowych i odpowiednie ich przetwarzanie we wszystkich działaniach związanych z obsługą przepływu materiałów i pacjentów. Dzięki zastosowaniu takiego podejścia możliwe będzie uzyskanie integralności danych w szpitalu, co bezpośrednio przełoży się na bezpieczeństwo pacjenta, a kod kreskowy nie będzie jedynie bezużytecznym elementem graficznym wygenerowanym na użytek nowych obowiązków prawnych.

W celu pogodzenia konieczności ochrony danych osobowych pacjenta ze wzrostem ich bezpieczeństwa i podniesieniem efektywności funkcjonowania szpitali podmioty lecznicze mają do dyspozycji różne podejścia i rozwiązania, wśród których można wyodrębnić rozwiązania skrajne, tzw. minimalne i maksymalne. W opisanych poniżej przykładach przyjęto założenie, że dotyczą one przypadków szpitali zaopatrzonych w system informatyczny, w którym każdemu pacjentowi przyporządkowany jest indywidualny rekord. W takim rekordzie z kolei są gromadzone dane na temat przebiegu hospitalizacji (diagnoza, zlecenia lekarskie, wyniki badań, itp.).

Rozwiązanie minimalne polega na wprowadzeniu kodów kreskowych do identyfikacji pacjenta bez szerszej integracji z systemem informatycznym szpi-

tala. Takie rozwiązanie polega na zaopatrzeniu pacjentów w opaski z kodem kreskowym, w których zakodowane będzie imię i nazwisko oraz ewentualne dodatkowe dane wymagane z punktu widzenia właściwej obsługi pacjenta. Dzięki wyposażeniu personelu medycznego w odpowiednie czytniki takich kodów, możliwa będzie identyfikacja danych osobowych pacjentów w momencie skanowania. Z uwagi jednak na brak integracji z systemem informatycznym szpitala, uzyskane dane będą wyłącznie danymi minimalnymi, pozwalającymi na uzyskanie informacji na temat tożsamości pacjenta. Pozyskanie pozostałych danych gromadzonych w systemie informatycznym szpitala możliwe będzie dopiero po dotarciu do odpowiedniego rekordu pacjenta w tymże systemie. Takie podejście pozwala na weryfikację tożsamości pacjenta w sposób nieautomatyczny, czyli niewnoszący wartości dodanej dla ekonomiki procesu w porównaniu z dotychczasową praktyką kart gorączkowych. Rozwiązanie maksymalne polega na wprowadzeniu kodów kreskowych do identyfikacji pacjenta i integracji tego rozwiązania z systemem informatycznym szpitala. W momencie przyjęcia do szpitala pacjentowi przypisywany jest niepowtarzalny numer przedstawiany w postaci kodu kreskowego. Numer ten umieszcza się np. na opasce, którą pacjent podczas całego pobytu w szpitalu nosi na przegubie ręki. Pozostałe informacje dotyczące pacjenta, takie jak nazwisko, wiek, adres, itp. można wprowadzić później (w zależności od nagłości przypadku przybycia) – skracając w ten sposób do minimum czas oczekiwania pacjenta. Numer ten stanowi również odnośnik do wstępnie przygotowanej kartoteki pacjenta, zawierającej wszystkie niezbędne formularze z informacjami na temat rodzaju obrażenia, nagłości przypadku oraz leczenia. Formularze te identyfikowane są numerem pacjenta i mają nadrukowany identyczny kod kreskowy. Podobnie identyfikowane są lokalizacje pobytu pacjenta w obrębie szpitala, jak np. pracownie RTG, sale operacyjne oraz umiejscowienie łóżka (za pomocą numerów lokalizacyjnych GS1).

Numer ten jest skanowany każdorazowo przy podaniu leków lub wykonywaniu dowolnego zabiegu medycznego, co jest następnie odnotowywane przez system w historii leczenia pacjenta. Jednocześnie system IT obsługujący logistykę oddziału odnotowuje ten fakt i obniża ilość dostępnego leku w apteczce. Gdy ilość ta spadnie poniżej określonego poziomu, tzw. poziomu bezpieczeństwa, system automatycznie generuje informację do apteki szpitalnej. W aptece szpitalnej działa podobny mechanizm, który umożliwia wygenerowanie automatycznego zamówienia do dostawcy. Takie zarządzanie lekami redukuje pracochłonność i błędy związane z wprowadzaniem danych dotyczących np. leków (numery partii produkcyjnej) oraz zapobiega pomyłkom w dawkowaniu leków pacjentom. Dodatkowo specjalnym numerem identyfikacyjnym, przedstawionym w kodzie kreskowym, opatrzony jest personel medyczny. Dzięki

skanowaniu tych numerów oraz rejestracji poszczególnych czynności można w prosty i niezawodny sposób odtworzyć historię pobytu pacjenta w szpitalu i odbytej terapii, a także rejestrować zużycie leków przez pacjenta. Ponadto skanowanie kodów leków na oddziale pomaga aptece szpitalnej w utrzymaniu właściwego poziomu zapasów leków. Dane dotyczące zapasu leków w apteczce oddziałowej są dzięki temu aktualizowane na bieżąco i możliwa jest pełna kontrola zapasu.

Zamówienia z oddziałów do apteki centralnej są składane elektronicznie na podstawie wspomagającego oprogramowania zarządzania zapasami. Na podobnych zasadach apteka centralna przekazuje zamówienie do dostawcy. Przy składaniu zamówienia oprogramowanie uwzględnia stan zapasu w aptece centralnej oraz planowane zapotrzebowanie składane przez oddziały w ramach przysyłanych zamówień. Następnie dokument zamówienia jest generowany automatycznie i wysłany do dostawcy.

Dostawca reaguje, wysyłając zamówione towary oraz fakturę w formie elektronicznej. Dane z otrzymanej automatycznie faktury elektronicznej są wprowadzane automatycznie do systemu księgowego szpitala, redukując w ten sposób nakład pracy i możliwość błędów związanych ze żmudnym wprowadzaniem danych dotyczących np. numerów partii produkcyjnej leków.

Dzięki takiemu podejściu możliwa jest integracja wiarygodnych danych i automatyczny dostęp do nich. W ten sposób wspierany jest proces leczenia pacjenta poprzez zwiększenie jego bezpieczeństwa, redukcję błędów medycznych oraz skrócenie czasu oczekiwania na istotne z punktu widzenia leczenia dane.

Bez względu na rodzaj przyjętego rozwiązania konieczne jest ujednolicone podejście w rodzaju kodowanych danych. W miarę możliwości kod kreskowy pacjenta powinien być nieznaczący (tj. niezawierający danych osobowych lub leczniczych) i stanowić tylko identyfikator odwołania do bazy danych, w której gromadzone są wszystkie niezbędne dane o pacjencie. Kod kreskowy z całą pewnością nie powinien zawierać danych dynamicznych, gdyż każda zmiana choćby jednej z nich wiązałaby się z koniecznością zaopatrzenia pacjenta w nowe oznaczenie. Tylko dzięki takiemu podejściu gwarantowany byłby dostęp do wiarygodnych i aktualnych danych na temat pacjenta.

Podsumowanie

Wykorzystanie standardowych kodów kreskowych do identyfikacji pacjenta nie tylko stanowi odpowiedź na nowe wyzwania prawne związane z koniecznością ochrony danych osobowych pacjentów. Dzięki zastosowaniu kodów kreskowych podmioty lecznicze mogą zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta oraz uzyskać korzyści finansowe i czasowe w wielu obszarach.

Zastosowanie kodów kreskowych w procesie identyfikacji pacjentów i lokalizacji (na przykład sal zabiegowych, pracowni RTG, laboratorium, itp.), a następnie skanowanie tych kodów na początku i na końcu poszczególnych etapów kuracji umożliwia śledzenie ruchu pacjentów podczas ich pobytu w szpitalu. Dzięki temu możliwe jest zwiększenie efektywności planowania usług medycznych, optymalizacja czasu personelu medycznego oraz optymalizacja wykorzystania sprzętu medycznego.

Integracja systemu informatycznego w szpitalu z systemami automatycznej identyfikacji oraz elektronicznej wymiany danych w znacznym stopniu wpływa na optymalizację procesów związanych z przepływem pacjentów i leków oraz materiałów medycznych. Standardy globalne stanowią wsparcie dla przyjętego w szpitalu systemu uzupełniania zapasów.

Implementacja i wykorzystanie w praktyce uzgodnionych narzędzi w zakresie identyfikacji produktów i lokalizacji oraz wymiany danych daje sektorowi ochrony zdrowia nowe możliwości, które polegają na współdzieleniu kluczowych informacji w całym łańcuchu logistyczno-informacyjnym. Dzięki takiemu podejściu wyeliminowana zostaje konieczność stosowania specjalnych interfejsów, służących powtórnemu wprowadzaniu. W efekcie końcowym koszty ponoszone na obsługę procesu leczenia ulegają znacznej redukcji.

Bibliografia:

- Barker K.N., Flynn E.A., Pepper G.A., Bates D.W., Mikeal R.L. (2012), *Medication errors observed in 36 health care facilities*, Arch Intern Med.
- CSC Consulting, Inc. *Efficient Healthcare Consumer Response, Improving the Efficiency of the Healthcare Supply Chain*.
- Department of Health (2007), *Coding for Success: Simple technology for Safer Patient Care*, London.
- Davis P. (2001), *Study on Adverse Events in New Zealand Public Hospitals*. University of Canterbury, School of Medicine.
- GS1 France, *Guide d'utilisation des standards GS1 pour les produits de santé*.
- GS1 (2008), *General GS1 Specifications*.
- GS1, *GS1 Healthcare Reference Book 2009/2010*.
- GS1 Polska (2000), *Jak zmniejszyć koszty administracyjne i logistyczne szpitali*.
- GS1 Polska, *Kody kreskowe i EDI dla usługodawców w służbie zdrowia*.
- Healthcare Distribution Management Association (2004), *Medication Errors and Patient Safety: The Bar Code Connection*, Reston, VA, HDMA.
- Institute of Medicine of the National Academies (2006), *Preventing Medication Errors – Prepublication Copy*, DC, The National Academies Press, Washington.

Leape L.L., Bates D.W., Cullen D.J. i in. (1995) *Systems analysis of adverse drug events*, ADE Prevention Study Group, JAMA.

McKinsey i in. (2012), *Strength in unity. The promise of global standards in healthcare*.

Merry A.F., Peck D.J. (1995), *Anaesthetists, errors in drug administration and the law*, N Z Med J.

National Patient Safety Agency (2004), *Right patient – right care*.

Podręcznik przebudowy procesów przepływu leków, materiałów medycznych i pacjentów (Opracowany na podstawie wyników projektu celowego nr 6 T08 161 2001C/5706), 2005

Puckett F, *Medication management component of a point of care information system*, 1995.

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku (Dz. U. 12.1098).

Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

www.gsl.org

www.gslpl.org

Robert Seliga

Społeczna Akademia Nauk

Andrzej Woźniak

Społeczna Akademia Nauk

Analiza porównawcza sektora usług medycznych w Japonii i USA

Comparative analysis of the medical services sector in Japan and the USA

Abstract: The article is a comparative analysis of the medical services sector of two selected countries: the Japan and USA. It presents selected factors affecting the medical services sector. A comparative analysis of the elements of medical services sectors in USA and Japan is presented.

Key words: health care, health system, hospital

Wstęp

Sektor usług medycznych różni się w zasadniczy sposób od innych sektorów usług ze względu na klienta, który jest pacjentem. Misją szpitali jest zapewnienie świadczonych usług na jak najwyższym poziomie, co wymaga dużych nakładów finansowych. Zróżnicowanie systemów opieki zdrowotnej w XXI w. na świecie jest nadal duże, jednakże każdy z nich posiada swoją złożoną problematykę.

Celem artykułu jest analiza porównawcza sektora usług medycznych dwóch wybranych krajów: USA i Japonii. W tym celu w części teoretycznej scharakteryzowane zostały wybrane czynniki mające wpływ na sektor usług medycznych. W dalszej części przedstawiona została charakterystyka sektora usług medycznych w analizowanych krajach.

Analiza wybranych czynników mających wpływ na sektor usług medycznych

W tabeli 1 scharakteryzowane są główne elementy składowe przemysłu ochrony zdrowia. Wyodrębnione zostały cztery sektory wchodzące w skład przemysłu ochrony zdrowia: finansowy, nakładów, opieki podstawowej oraz szpitalny. W celu systematyzacji najważniejszych elementów zaprezentowane zostały główne cechy każdego sektora oraz przykładowe przedsiębiorstwa.

Tab. 1. Przemysł ochrony zdrowia – elementy składowe

	Główne cechy	Przykładowe przedsiębiorstwa
Sektor finansowy	jednostki gospodarcze zaangażowane w proces przepływu funduszy od gospodarstw domowych do świadczeniodawców	– towarzystwo ubezpieczeń zdrowotnych – organizacje koordynowanej opieki zdrowotnej
Sektor nakładów	dostarczanie nakładów na świadczenie opieki szpitalnej i podstawowej	– producent urządzeń medycznych – firma farmaceutyczna – dostawca sprzętu kapitałowego
Sektor opieki podstawowej	występuje tu pierwszy kontakt z usługami ochrony zdrowia	– lekarz pierwszego kontaktu – optyk – farmaceuta – dentysta – fizjoterapeuta – pediatra
Sektor szpitalny	usługi ambulatoryjne oraz szpitalne świadczone po uzyskaniu skierowania od lekarza pierwszego kontaktu	– Usługi specjalistyczne, np. neurologia czy kardiologia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Morris, N. Devlin, D. Parkin (2011), *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa, s. 111.

Sektor finansowy ma za zadanie organizację procesu przepływu funduszy od gospodarstw domowych do świadczeniodawców. Przykładowymi przedsiębiorstwami sektora finansowego są towarzystwa ubezpieczeń zdrowotnych i organizacje koordynowanej opieki zdrowotnej. Sektor nakładów odpowiedzialny jest za dostarczanie nakładów na świadczenie zarówno opieki szpitalnej, jak i podstawowej (przykładowym przedsiębiorstwem jest producent urządzeń medycznych). Sektor opieki podstawowej zapewnia pierwszy kontakt z usługami ochrony zdrowia, natomiast sektor szpitalny świadczy usługi ambulatoryjne i świadczenia szpitalne po otrzymaniu skierowania od lekarza pierwszego kontaktu.

C. Baker zanalizował 69 badań, które zostały przeprowadzone w latach 1985–1999 i dotyczyły wpływu własności na osiągnięcia i wyniki szpi-

tala. Najważniejsze wnioski, jakie udało się uzyskać, są następujące [Baker, Messmer, Gyurko i in. 2000]:

1. Główny czynnik, jaki wpływa na politykę cenową i dostępność usług szpitala, to nasilenie konkurencji.
2. We wszystkich trzech rodzajach szpitali (publiczne, komercyjne, niekomercyjne) rosną koszty administracyjne.
3. Szpitale niekomercyjne oraz publiczne są mniej rentowne niż szpitale komercyjne. Wynika to głównie z tego, że szpitale komercyjne pobierają wyższe opłaty za świadczone usługi.
4. Związek pomiędzy stanem zdrowia pacjentów a własnością szpitali jest niejednoznaczny. Ponadto dowody na wpływ typu własności szpitala na zachorowalność, dostęp do opieki medycznej, śmiertelność są nieprzekonujące i zróżnicowane.

Z powyższych wniosków wynika, że własność ma istotny wpływ na funkcjonowanie wszystkich szpitali, jednakże nie ma jednoznacznych dowodów na występowanie korelacji pomiędzy stanem zdrowia pacjentów a własnością szpitali. Ponadto ważne jest nasilenie konkurencji, co przekłada się bezpośrednio na politykę cenową szpitala.

Charakterystyka sektora usług medycznych – USA

W Stanach Zjednoczonych występują trzy podstawowe formy własności szpitali: prywatne niekomercyjne (*non profit*), prywatne komercyjne (nastawione na zysk) i publiczne. Szpitale prywatne typu *non profit* stanowią własność ochotniczej rady powierniczej, zapewniają świadczenia szpitalne pacjentom opłacającym usługi, a także pacjentom biednym w ramach działalności charytatywnej. Szpitale komercyjne stanowią własność prywatnych inwestorów, którzy są nastawiani na zysk z opłat uiszczanych przez pacjentów. Szpitale publiczne jako własność państwa na szczeblach: federalnym, stanowym lub lokalnym świadczą usługi armii, mieszkańcom terenów wiejskich, osobom biednym i (lub) nieubezpieczonym [Morris, Devlin, Parkin 2011, s. 142].

Tabela 2 przedstawia zestawienie typów własności szpitali w Stanach Zjednoczonych i dynamikę wzrostu liczby szpitali każdego typu w latach 1990 i 1997. Najwięcej było szpitali prywatnych niekomercyjnych, których liczba w 1990 r. wyniosła 3191 (55,9%), a w 1997 r. zmalała i wyniosła 3000 (56,3%). Na drugim miejscu znalazły się szpitale publiczne, których istniało w 1990 r. 1767 (31%), a w 1997 r. ich liczba zmniejszyła się o 237 placówek i wyniosła 1530 (26,8%). Najmniej w roku 1990 funkcjonowało szpitale komercyjnych – ich liczba wynosiła 749 (13,1%). Liczba ta wzrosła w 1997 r. do 797, co stanowiło 16,9% ogółu szpitali. Największą liczbę łóżek – zarówno w roku 1990, jak

i w roku 1997 – była w szpitalach publicznych – odpowiednio 1055 (58,2%) i 699 (49,8%).

Tab. 2. Typy własności szpitali w Stanach Zjednoczonych

Cecha	Typ własności		
	Prywatne		Publiczne
	Niekomercyjne (typu <i>non profit</i>)	Komercyjne (nastawione na osiągnięcie zysku)	
Właściciele	interesariusze	akcjonariusze	sektor publiczny
Najważniejsi decydenci	Ochotnicza Rada Powiernicza	opłacane kierownictwo	urzędnicy państwowi
Cele	niejednoznaczne	maksymalizacja zysku	wielorakie, np.: – efektywność, – równość, które są często wzajemnie sprzeczne i zmienne wraz ze zmianami w otoczeniu politycznym
Źródła finansowania	– darowizny – opłaty pacjentów	– opłaty pacjentów	– budżet państwa – opłaty
Rynek	inspirowany misją, określany przez pacjentów	określony siłą nabywczą ludności	określony przez państwo
Liczba szpitali			
1990	3191	749	1767
1997	3000	797	1530
Zmiana (w %)	-6	+6	-14
Liczba łóżek (w tys.)			
1990	657	101	1055
1997	591	115	699
Zmiana (w %)	-10	+14	-34

Źródło: opracowanie własne na podstawie: C. Baker, P. Messmer, D. Gyurko i in. (2000), *Hospital ownership, performance and outcomes: Assessing the state-of-the science*, „Journal of Nursing Administration”, nr 30.

R. Marris jest autorem koncepcji alternatywnej w odniesieniu do tradycyjnej teorii przedsiębiorstwa, opartej na maksymalizacji wzrostu. Według autora może ona mieć zastosowanie w niektórych gałęziach sektora medycz-

nego. Jego koncepcja zakłada, że dążeniem przedsiębiorstwa jest maksymalizacja stopy wzrostu przy wykorzystaniu wskaźników takich jak produkcja, popyt na wyroby czy udział w rynku. Maksymalizacja wzrostu jest korzystna z punktu widzenia interesów zarówno dla menedżerów, jak i właścicieli. Można ją osiągnąć na dwa sposoby: przez fuzje lub przejęcia albo ekspansję wewnętrzną. Fuzje i przejęcia są zjawiskiem często występującym w sektorze farmaceutycznym. Dwa największe przedsiębiorstwa farmaceutyczne – Pfizer i GlaxoSmithKline – powiększały się systematycznie w ten właśnie sposób [Marris 1963] (Tabela 3).

Tab. 3. Fuzje i przejęcia związane z przedsiębiorstwami GlaxoSmithKline i Pfizer

Przedsiębiorstwo 1	Przedsiębiorstwo 2	Data	Nazwa nowego przedsiębiorstwa
GlaxoSmithKline			
Beecham Group	SmithKline Beckham Corporation	1989	SmithKline Beecham
Glaxo	Wellcome	1995	Glaxo Wellcome
Glaxo Wellcome	SmithKline Beckham	2000	GlaxoSmithKline
Pfizer			
Parke-Davis	Warner-Lambert	Początek lat 70. XX w.	Parke-Davis, Warner- -Lambert
Pharmacia	Upjohn	1995	Pharmacia and Upjohn
Pfizer	Warner-Lambert	2000	Pfizer
Pharmacia and Upjohn	Monsanto	2000	Pharmacia Corp.
Pfizer	Pharmacia Corp.	2003	Pfizer
Pfizer	Pharmacia	2003	Pfizer

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2005), *Prescription Charge – Should They Be Abolished?*, „Royal Pharmaceutical Society of Great Britain”, London.

Zarówno GlaxoSmithKline, jak i Pfizer są globalnymi przedsiębiorstwami, które mają zdecydowany wpływ na kształtowanie się relacji pomiędzy interesariuszami w sektorze usług medycznych. Występująca w Stanach Zjednoczonych różnorodność form własności szpitali powoduje nasilenie konkurencji firm farmaceutycznych, które stały się znaczącym interesariuszem sektora medycznego.

Charakterystyka sektora usług medycznych – Japonia

Wśród wszystkich krajów wysoko rozwiniętych system opieki zdrowotnej Japonii rozwija się najbardziej dynamicznie. Ideą przewodnią tego systemu zawsze była zasada obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, stanowiącego fundamentalne źródło finansowania opieki zdrowotnej. Podmioty publiczne odpowiedzialne są za organizację opieki zdrowotnej, jej finansowanie oraz zarządzanie. Należą do nich: administracja rządowa lokalna i centralna, pozarządowe instytucje publiczne, instytucje ubezpieczeniowe oraz stanowiące większość – instytucje prywatne. Mimo że japoński sektor opieki zdrowotnej finansowany jest niewielką częścią dochodu narodowego, to stan zdrowia społeczeństwa należy, według statystyk, do najlepszych na świecie. W latach 90. XX w. stwierdzono najniższą na świecie umieralność niemowląt (0,24% dzieci żywo urodzonych) oraz najwyższą (wraz ze Szwecją) średnią długość trwania życia (kobiety – 82,1 i mężczyźni – 76,1). Japoński system zdrowotny zbliżony jest w swej konstrukcji do modelu z Europy Zachodniej, ale ma swą specyfiką [Lee, Morishima, Park i in. 2013].

Najważniejsze cechy japońskiego systemu zdrowotnego są następujące [Włodarczyk, Poździoch 2001, ss. 277–278]:

1. ubezpieczenie zdrowotne obejmuje swym zakresem całą populację,
2. opieka zdrowotna jest finansowana ze środków publicznych, ma charakter zbiorowy za pomocą kas ubezpieczenia zdrowotnego,
3. prywatne ubezpieczenia zdrowotne są ograniczone i odgrywają niedużą rolę,
4. świadczenia zdrowotne są zabezpieczone głównie przez sektor prywatny, a sektor publiczny ma w nich niewielki udział,
5. stosunkowo niskie koszty opieki zdrowotnej ponoszone przez pacjenta.

System ubezpieczeń zdrowotnych Japonii jest w dużym stopniu złożony i składa się z ośmiu odrębnych, autonomicznych systemów. J.P. Dumont zaproponował zaklasyfikowanie istniejących podsystemów do trzech kategorii [Dumont 1988]:

- „ubezpieczenia zdrowotne typu społeczno-zawodowego, obejmujące funkcjonariuszy administracji publicznej, marynarzy i nauczycieli szkół prywatnych,
- ubezpieczenia zdrowotne pracowników małych zakładów pracy,
- ubezpieczenia pracowników wielkich przedsiębiorstw, w ramach których działają zakładowe kasy ubezpieczeń zdrowotnych według wzorów niemieckich”.

Złożoność struktury organizacyjnej systemu ubezpieczeń zdrowotnych Japonii powoduje, że zarządzanie tym systemem jest wysoce skomplikowanym proce-

sem. W procesie tym uczestniczy wiele podmiotów takich jak: państwo, gmina, instytucja ubezpieczeniowa, samorządne i autonomiczne stowarzyszenie zawodowe. Z kolei administracja znajduje się na różnych szczeblach: kraju – Agencja Ubezpieczeń Zdrowotnych, prefektur – wydziały ubezpieczeń oraz lokalne biura ubezpieczeń. Jednostką mającą za zadanie koordynowanie i nadzorowanie opieki zdrowotnej jest minister zdrowia i dobrobytu. Do jego zadań należy wytyczenie strategicznych kierunków rozwoju polityki zdrowotnej, następnie przedstawienie szczegółowych programów pozwalających osiągnąć te cele oraz określenie budżetu. W 1986 r. powstała także Rada Nauk o Zdrowiu, której zadaniem jest opracowywanie celów strategicznych polityki zdrowotnej. Przedstawiła ona jedenaście priorytetów m.in. [Włodarczyk, Poździoch 2001, s. 282–284]:

1. zwalczanie chorób geriatrycznych, zakaźnych, psychicznych, uwarunkowanych genetycznie oraz nowotworów,
2. ewaluacja stanu zdrowia ludności, innowacyjnych technologii i jakości opieki medycznej,
3. wprowadzanie innowacyjnych technologii medycznych,
4. prace badawcze nad transplantacją organów.

Ewolucja japońskiego systemu opieki zdrowotnej, która nastąpiła w drugiej połowie XX w., ukierunkowana była na ukształtowanie powszechnego systemu świadczeń zdrowotnych, zabezpieczającego całą populację Japonii. Podjęte zostały systematyczne działania, będące bezpośrednią reakcją na przyszłe problemy. Istotne reformy przeprowadzono w latach 80. i 90. – w 1985 r. uchwalono ustawę dotyczącą regionalnych planów w opiece zdrowotnej, a ustawa z 1992 r. doprecyzowała zadania szpitali i klinik. W rezultacie japoński system opieki zdrowotnej obejmuje swoim zasięgiem populację liczącą ok. 130 mln obywateli i zapewnia jej nowoczesną opiekę zdrowotną, znajdującą się w światowej czołówce. Do największych problemów Japonii w zakresie ochrony zdrowia zalicza się [Lee, Morishima, Park i in. 2013]:

- postępujący proces starzenia się społeczeństwa (gwałtowny wzrost liczby ludności powyżej 65 r. życia),
- przeludnienie kraju,
- dysproporcje w dostępności do opieki medycznej,
- ciągle zwiększająca się liczba personelu medycznego oraz instytucji świadczących usługi zdrowotne.

Prognoza dotycząca zmian wieku populacji w Japonii, Polsce, Niemczech i Szwecji stwierdza, że od 2015 r. wszystkie zbadane kraje wejdą w fazę zaawansowanej starości demograficznej. Oznacza to, że w Polsce wśród osób w wieku powyżej 65 lat do 2030 r. przeważać będą osoby znajdujące się w przedziale 65–74

lata. Jednakże w następnej dekadzie (2030–2040) większość stanowić będą osoby w grupie powyżej 75 lat (Tabela 4) [Więckowska 2008, s. 95]. Z kolei w 2050 r. liczba osób w wieku powyżej 65 lat wzrośnie w Polsce do poziomu 28,38%. Podobna tendencja występuje w Niemczech i Szwecji, gdzie badany odsetek osób w 2010 r. wyniósł odpowiednio: 20,19% i 19,28%. W kolejnych etapach prognozowany jest dalszy wzrost udziału badanych osób w Niemczech do poziomu 27,95% w 2050 r., a w Szwecji – do poziomu 27,06%. Inaczej wygląda sytuacja w Japonii, gdzie w 2010 r. zanotowano 22,41% osób w badanej grupie, czyli najwięcej spośród badanych krajów, ale prognozowany dalszy wzrost jest zdecydowanie bardziej dynamiczny. Zgodnie z prognozą w 2020 r. badany odsetek osób wyniesie 28,13%, w 2030 – 30,37%, w 2040 – 34,39%, a maksymalny poziom, stanowiący ponad 1/3 ludności kraju, w 2050 roku – aż 36,53%.

Tab. 4. Prognoza zmian udziału osób w wieku powyżej 65 lat w wybranych krajach (odsetek osób w %)

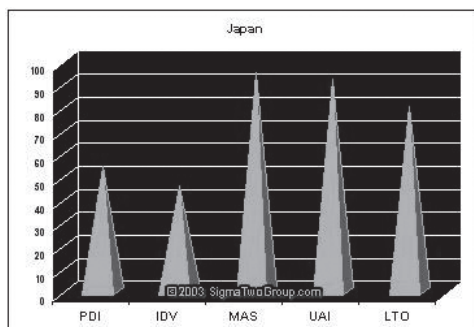
Kraj Rok	Polska	Niemcy	Szwecja	Japonia
2000	13,91	16,31	17,39	17,21
2010	14,92	20,19	19,28	22,41
2020	17,59	22,11	22,72	28,13
2030	21,48	26,42	25,19	30,37
2040	23,44	28,68	27,24	34,39
2050	28,38	27,95	27,06	36,53

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Więckowska (2008), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, SGH, Warszawa, s. 95 [cyt za:] R. Holly, J. Suchecka (red.) (2009), *Szpital publiczny w polskim systemie ochrony zdrowia. Zarządzanie i gospodarka finansowa*, Krajowy Instytut Ubezpieczeń, Warszawa, s. 40.

Wyniki badań G. Hofstede na temat wymiarów kultury Japonii (rysunek 1) świadczą o występowaniu ponadprzeciętnego dystansu władzy (PDI), kolektywizmu (IDV), męskości (MAS), wysokiego stopnia unikania niepewności (UAI) oraz orientacji długoterminowej (LTO) [Moiij 2005, s. 72]. Charakterystyka ta odpowiada przyjętemu systemowi opieki zdrowotnej, gdyż, po pierwsze, ma ona na celu zabezpieczenie całego społeczeństwa, co zgadza się z ideą kolektywizmu. Niechęć do wprowadzania zmian oraz wysoki stopień unikania niepewności przyczyniają się do konsekwentnej polityki zdrowotnej, określającej bardzo szczegółowo wszelkie kwestie opieki zdrowotnej. Z kolei orientacja długoterminowa wpływa na opracowywanie planów strategicznych

dla sektora opieki zdrowotnej o bardzo długim horyzoncie czasu. Japonia chce zapobiec problemowi starzenia się społeczeństwa poprzez wcześniejsze przygotowanie systemu zdrowotnego na nieuniknioną zmianę w strukturze demograficznej kraju. Natomiast ponadprzeciętny dystans władzy, dzięki stabilnym rządóm, pozwala na przeprowadzanie wieloletnich reform zdrowotnych.

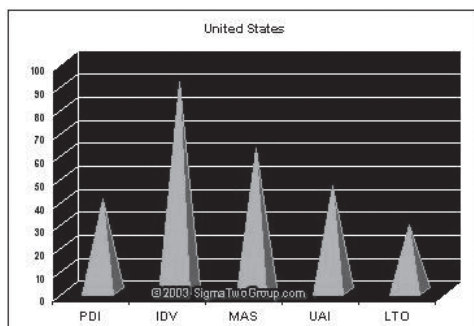
Rys. 1. Analiza wymiarów kultury Japonii



Źródło: http://www.geert-hofstede.com/hofstede_japan.shtml, pobrano w dn. 11.01.2011 r.

Z kolei wyniki badań G. Hofstede na temat wymiarów kultury USA (rysunek 2) świadczą o występowaniu ponadprzeciętnego indywidualizmu (IDV) oraz orientacji krótkoterminowej (LTO). Wskaźniki te są diametralnie różne niż w wypadku Japonii, co przekłada się na organizację sektora opieki medycznej. Wynika z tego zróżnicowanie własności szpitali i różnorodne formy dostępnych ubezpieczeń. Horyzont czasu prognoz nie obejmuje tak jak w przypadku Japonii okresu kilkudziesięciu lat, co przekłada się na planowanie w średnio-okresowym horyzoncie czasu.

Rys. 2. Analiza wymiarów kultury USA



Źródło: http://www.geert-hofstede.com/hofstede_usa.shtml, pobrano w dn. 11.01.2011 r.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza porównawcza sektora usług medycznych USA i Japonii pozwoliła na wyodrębnienie szeregu różnic pomiędzy nimi. W wypadku USA występuje duże zróżnicowanie szpitali ze względu na typ własności, a ubezpieczenie zdrowotne nie obejmuje swym zakresem całej populacji. W Japonii natomiast ubezpieczenie zdrowotne obejmuje swym zakresem całą populację, a opieka zdrowotna jest finansowana ze środków publicznych. W przeciwieństwie do USA prywatne ubezpieczenia zdrowotne w Japonii są ograniczone i nie odgrywają dużej roli. W obu wypadkach istotne wydaje się przeprowadzanie systematycznych prognoz stanu zdrowia społeczeństwa i dokonywanie modyfikacji w sektorze usług medycznych.

Bibliografia

- Baker C., Messmer P., Gyurko D. i in. (2000), *Hospital ownership, performance and outcomes: Assessing the state-of-the science*, „Journal of Nursing Administration”, nr 30.
- Dumont J.P. (1988), *Les sytemes etrangers de securite sociale*, Economica, Paris.
- Lee J., Morishima T., Park S., Otsubo T., Ikai H., Imanaka Y. (2013), *The association between health care spending and quality of care for stroke patients in Japan*, „Journal of Health Services Research & Policy”, vol. 18, 2.
- Marris R., *A model of „managerial” enterprise*, „Quarterly Journal of Economics”, 1963.
- Mooij M. de (2005), *Global Marketing and Advertising. Understanding Cultural Paradoxes*, Sage Publications, Thousands Oaks, London–New Delhi.
- Morris S., Devlin N., Parkin D. (2011), *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa.
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (2005), *Prescription Charge – Should They Be Abolished?*, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, London.
- Więckowska B. (2008), *Ubezpieczenie pielęgnacyjne*, SGH, Warszawa.
- Włodarczyk C., Poździoch S. (2001), *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, WUJ, Kraków.
- http://www.geert-hofstede.com/hofstede_japan.shtml [pobrano w dn. 11.01.2011 r.]

Błażej Łyszczarz

Uniwersytet Mikołaja Kopernika

Czy wydajemy za mało? Poziom i dynamika wydatków na zdrowie w Polsce i innych krajach OECD

Do we spend too little? Level and dynamics of health expenditure in Poland and other OECD countries

Abstract: In contrast to highly developed countries, the level of health expenditure in Poland is often considered to be too low. The purpose of the paper is to empirically test if the expenditure for health in Poland is in fact too little. Using simple regression and dynamic analysis of health expenditure in the OECD countries, the arguments against the statement are indicated. The results suggest that the relatively low health expenditure is explained by low GDP and the position of Poland is not an exception. Moreover, Poland is one of the countries with the highest rate of health expenditure growth, even if compared to virtually all Central and Eastern Europe countries investigated.

Key-words: health expenditure, financing, OECD countries, healthcare system.

Wstęp

Zarządzający systemami ochrony zdrowia w wielu krajach rozwiniętych gospodarczo borykają się z problemami wynikającymi z rosnących kosztów funkcjonowania lecznictwa. Jeszcze w 1970 roku kraje członkowskie OECD wydawały na cele zdrowotne średnio 5% PKB, w roku 2010 mierzone w ten sposób wydatki urosły do średniego poziomu 9,7% PKB. Stany Zjednoczone, wydające na ochronę zdrowia najwięcej środków na świecie, przeznaczyły na ten cel aż 17,6% PKB.

Przyczyny zainteresowania szybko rosnącymi wydatkami na zdrowie są zróżnicowane, istnieją jednak co najmniej dwa powody, dla których problem ten jawi się jako kluczowy dla wielu społeczeństw w najbliższych dekadach.

Po pierwsze, ekonomiści są zgodni, że większość krajów wysoko rozwiniętych dysponuje systemami zdrowotnymi, których sfinansowanie stanie się w przyszłości niemożliwe bez wprowadzenia istotnych reform. Projekcje wskazują, że publiczne wydatki na zdrowie w grupie krajów OECD wzrosną w okresie 2005–2050 z 5,7% PKB do 7,7%–9,6% PKB, w zależności od wdrażanej polityki ograniczania kosztów [OECD 2006]. Po drugie, istnieją obawy, czy wzrost wydatków na zdrowie jest efektywny z alokacyjnego punktu widzenia. Problem ten zilustrować można pytaniem, czy dodatkowe usługi i technologie medyczne warte są przeznaczanych na nie środków, czy też może inne zastosowanie zasobów przeznaczanych na leczenie byłoby bardziej efektywne i pożądane przez społeczeństwo. Tak sformułowany problem odnosi się do efektywności alokacyjnej ochrony zdrowia i koncentruje się na poszukiwaniu odpowiedzi na pytanie, jaka kombinacja dóbr oraz usług medycznych i niemedyceńskich powinna być produkowana w gospodarce [Santerre, Neun 2004, s. 5].

Inne akcenty dominują w dyskusji na temat wysokości wydatków na ochronę zdrowia w Polsce, gdzie wydaje się dominować pogląd przeciwny prezentowanemu w wielu krajach wysoko rozwiniętych. W Polsce, przy wydatkach na poziomie 7% PKB, istnieje raczej przekonanie o zbyt niskich wydatkach na cele zdrowotne. Autorzy kompleksowego i wpływowego raportu oceniającego finansową stronę systemu ochrony zdrowia w Polsce stwierdzają: „sektor zdrowotny niewątpliwie potrzebuje więcej środków. Jego finansowanie [...] było niedostateczne”, odnosząc te słowa do okresu 2004–2007 [Ministerstwo Zdrowia 2008, s. 221]. Opinia o niedofinansowaniu polskiej ochrony zdrowia formułowana jest także w nowszych opracowaniach przez środowiska lekarskie [Rynek Zdrowia 2011] i naukowe [Goliowska 2012, ss. 114–116, Handzelewicz 2012, ss. 47, 53; Kolwitz 2010, s. 137].

Odmienne perspektywy na odpowiedniość poziomu wydatków na zdrowie – polska i obecna w dyskusjach w krajach bardziej rozwiniętych – każą zadać pytanie, czy w Polsce na zdrowie wydajemy zbyt mało. Biorąc pod uwagę fakt, że społeczeństwo może przeznaczyć na leczenie tylko część swoich zasobów, to czy nasze przeznacza ich zbyt mało? W opinii autora twierdząca odpowiedź na te pytania, tak często padająca w Polsce, bywa niepoparta wnikliwym oglądem sytuacji. Zasadne jest przy tym pytanie, jaki poziom wydatków na ochronę zdrowia uznać należy za „odpowiedni”. Trudno uznać, że poziom odpowiedni to taki, który zapewnia zaspokojenie wszystkich potrzeb. Świadczenia zdrowotne są wszak dobrem deficytowym i racjonowanie jest koniecznością [Balicki 2012, s. 13]. W opracowaniu założono, że odpowiedniość poziomu wydatków może być oceniona na podstawie porównania sytuacji Polski z innymi krajami.

Niniejsza analiza ma w zamierzeniu autora stanowić głos w dyskusji dotyczącej poziomu wydatków na zdrowie w Polsce. Prezentowana analiza opiera się na danych dotyczących wydatków na cele zdrowotne publikowanych w ramach bazy danych *OECD Health Data* [OECD 2012]. Zakres czasowy obejmuje okres 2000–2010. Z uwagi na fakt, że metodologia pomiaru wydatków na ochronę zdrowia została zaprezentowana szeroko w licznych, również polskich opracowaniach [por. np. Ministerstwo Zdrowia 2008; Kawiorska 2004; Krakowińska 2006], zrezygnowano z omówienia sposobów pomiaru finansowania.

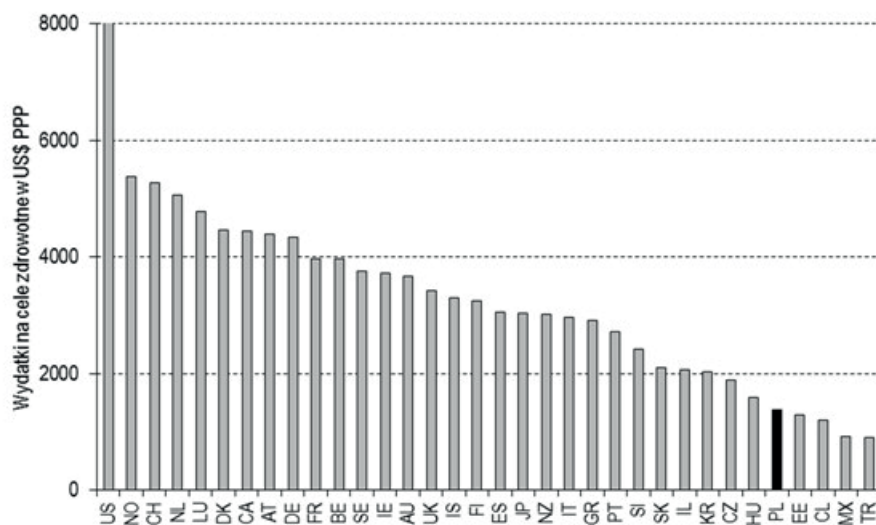
Analiza empiryczna składa się z dwóch części. Pierwsza opiera się na porównaniu poziomu wydatków między krajami. W części drugiej zbadano dynamikę wydatków w badanej grupie państw. Zastosowane metody obejmują regresję prostą oraz analizę dynamiki wskaźników zjawiska w czasie.

Poziom wydatków na zdrowie w krajach OECD

Porównanie poziomu wydatków na cele zdrowotne w Polsce z innymi krajami pozostaje jednym z głównych obszarów analiz komparatywnych w zakresie funkcjonowania systemów ochrony zdrowia. Głównym źródłem wykorzystywanych w takich analizach danych statystycznych są kolejne roczniki bazy OECD [2012]. Zaletą tego zbioru danych jest ich wysoka jakość oraz międzynarodowa porównywalność wynikająca ze stosowania standaryzowanych Narodowych Rachunków Zdrowia. Wykorzystanie tego zbioru danych sprawia jednak, że zdecydowaną większość państw, do których przyrównuje się Polskę, stanowią kraje na istotnie wyższym poziomie rozwoju gospodarczego. Sprawia to, że porównanie w zakresie finansowania ochrony zdrowia z większością innych państw członkowskich stawia Polskę w negatywnym świetle.

Polska znajduje się wśród krajów o najniższym poziomie wydatków na cele zdrowotne wśród członków OECD. W 2010 r. niższe wydatki w tym obszarze, mierzone w dolarach amerykańskich wg parytetu siły nabywczej (US\$ PPP), charakteryzowały Chile, Estonię, Meksyk i Turcję (wykres 1). Zastosowanie alternatywnego miernika wydatków na zdrowie – wyrażenie ich jako odsetka PKB – wskazuje, że tylko trzy ostatnie z wymienionych państw wydają na zdrowie mniej niż Polska¹ [OECD 2012].

¹ Z uwagi na wymogi zwięzłości nie przedstawiono wykresu obrazującego kształtowanie wskaźnika wydatków jako odsetka PKB. Dane na temat jego kształtowania są dostępne na stronie internetowej *OECD Health Data*.

Wyk.1. Wydatki na ochronę zdrowia w krajach OECD w roku 2010

Źródło: *OECD Health Data 2012*

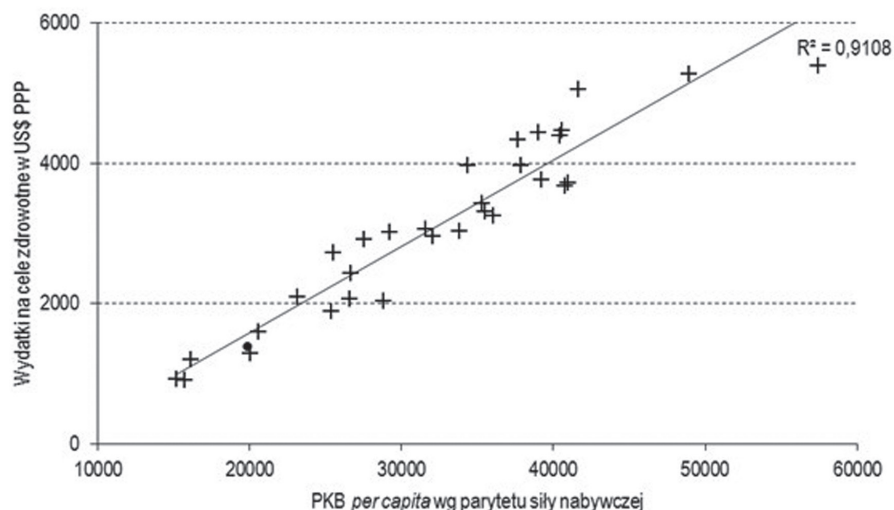
Uwaga: dane dla Australii, Izraela, Japonii oraz Luksemburga dotyczą roku 2009, natomiast dane dla Turcji – roku 2008. Oznaczenia skrótów państw: AT – Austria, AU – Australia, BE – Belgia, CA – Kanada, CH – Szwajcaria, CL – Chile, CZ – Czechy, DE – Niemcy, DK – Dania, EE – Estonia, ES – Hiszpania, FI – Finlandia, FR – Francja, GR – Grecja, HU – Węgry, IE – Irlandia, IL – Izrael, IS – Islandia, IT – Włochy, JP – Japonia, KR – Korea, LU – Luksemburg, MX – Meksyk, NL – Holandia, NZ – Nowa Zelandia, NO – Norwegia, PL – Polska, PT – Portugalia, SE – Szwecja, SI – Słowenia, SK – Słowacja, TR – Turcja, UK – Wielka Brytania, US – Stany Zjednoczone.

Niskie miejsce Polski w rankingu państw OECD z punktu widzenia wysokości wydatków na zdrowie bywa powodem argumentacji wskazującej na zbyt niski poziom finansowania. W opinii autora argumentacja taka jest niepełna, gdyż abstrahuje od poziomu rozwoju gospodarczego.

Tymczasem zdrowie, jak wskazują badania prowadzone z wykorzystaniem danych międzynarodowych, może mieć cechy dobra luksusowego [Atella, Marini 2007], co oznacza, że wyższy poziom dochodów prowadzi do bardziej niż proporcjonalnego wzrostu wydatków na cele zdrowotne. Jeśli hipoteza o wyższej od jedności elastyczności dochodowej wydatków na zdrowie jest prawdziwa, niskie wydatki na zdrowie w Polsce znajdują uzasadnienie w niskim poziomie PKB.

Zależność wydatków na zdrowie (przy zastosowaniu obu najczęściej wykorzystywanych miar) od PKB zilustrowano na dwóch kolejnych wykresach.¹

Wyk. 2. Zależność między PKB *per capita* a wydatkami na ochronę zdrowia (w dolarach amerykańskich wg parytetu siły nabywczej) w krajach OECD w 2010 roku



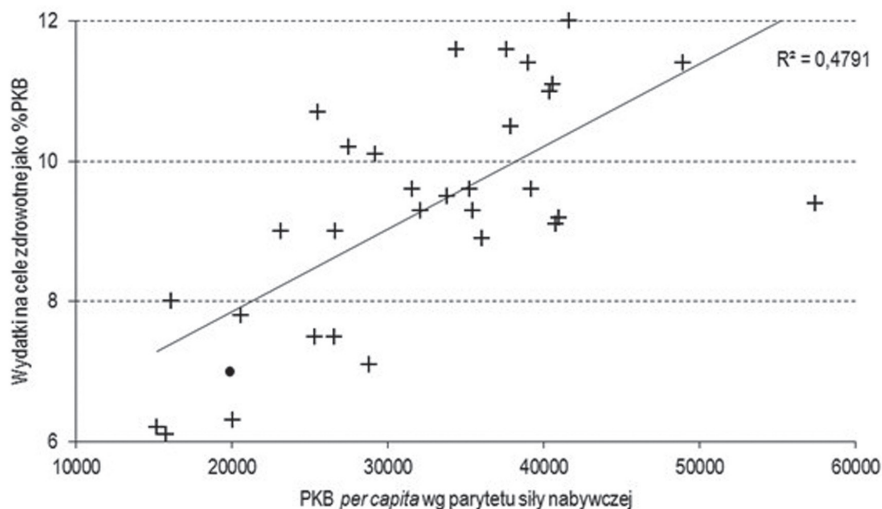
Źródło: OECD Health Data 2012.

Uwaga: znacznikiem okrągłym zaznaczono pozycję Polski.

Zależność między wydatkami na cele zdrowotne mierzonymi w US\$ PPP a PKB *per capita* ma charakter bliski liniowej; wartość współczynnika determinacji R^2 wynosi aż 91,1%. Wysokość dochodów nie jest oczywiście jedynym czynnikiem determinującym wydatki na zdrowie, jest jednak – na co wskazuje bliska liniowości zależność – czynnikiem silnie wpływającym na poziom finansowania. Zastosowanie drugiej z miar ilustrujących wydatki na zdrowie, to znaczy odsetka PKB przeznaczanego na cele zdrowotne, nie wskazuje na istnienie równie silnej zależności między tą miarą a PKB *per capita*. Związek między obiema zmiennymi nadal jednak jest wyraźny ($R^2=47,9\%$) i istotny statystycznie.

¹ Z analizy wyłączono Stany Zjednoczone oraz Luksemburg, gdyż wartości PKB *per capita* (Luksemburg) lub wydatków na zdrowie (Stany Zjednoczone) noszą cechy obserwacji odstających, silnie oddziałujących na wyniki analizy.

Wyk. 3. Zależność między PKB *per capita* a wydatkami na ochronę zdrowia (jako odsetek PKB) w krajach OECD w 2010 roku



Źródło: OECD Health Data 2012.

Uwaga: znacznikiem okrągłym zaznaczono pozycję Polski.

Przydatność zaobserwowanych zależności dla oceny odpowiedniości poziomu wydatków na cele zdrowotne przeprowadzić można, obserwując położenie punktu ilustrującego sytuację danego kraju w stosunku do linii trendu. Zakłada się przy tym, że linia trendu trafnie opisuje zależność między PKB *per capita* i wydatkami na cele zdrowotne w badanej grupie krajów, a inne czynniki oddziałujące na poziom wydatków na zdrowie wyłącza się z analizy. Jest to oczywiście uproszczenie rzeczywistości, w którym uznaje się, że wydatki na ochronę zdrowia są funkcją PKB. Położenie punktu poniżej linii trendu oznacza, że dany kraj wydaje na cele zdrowotne mniej, niż wynikałoby to z poziomu PKB tego kraju; położenie powyżej linii trendu oznacza wydatki wyższe niż uzasadnione wysokością PKB.

W przypadku obu wskaźników punkt opisujący położenie Polski leży poniżej linii trendu, co oznacza, że wartość wyznaczona przez model dla Polski jest wyższa od obserwowanej. Ujmując inaczej, Polska wydaje mniej na cele zdrowotne, niżby wynikało z ustalonej zależności modelowej dotyczącej krajów OECD. Należy przy tym zwrócić uwagę, że Polska nie jest tu wyjątkiem i także wartości wydatków dla wielu innych krajów są niższe niż wyznaczone przez model. Przykładami takich krajów – charakteryzujących się jednocześnie relatywnie niskim PKB, co pozwala porównać ich sytuację do Polski – są:

Czechy, Meksyk, Turcja, Estonia, Izrael oraz Korea Południowa. W przypadku trzech ostatnich krajów odległość punktu od linii trendu jest większa niż dotycząca Polski i sytuacja ta obejmuje oba modele. W przypadku trzech z dziesięciu krajów o najniższym PKB *per capita* w badanej grupie wartość rzeczywista wydatków na zdrowie jest wyższa niż wartość modelowa; sytuacja ta dotyczy Chile, Słowacji oraz Portugalii. Silne odchylenie od trendu cechuje szczególnie Portugalię, co wskazuje na bardzo wysokie wydatki na cele zdrowotne w stosunku do wysokości dochodu w tym kraju. Biorąc pod uwagę kraje bogatsze, niższa rzeczywista wartość wydatków w porównaniu z wyznaczoną przez model charakteryzuje np. Norwegię, Irlandię, Australię, Szwecję, Islandię i Finlandię.

Dynamika wydatków na zdrowie w krajach OECD

Drugim elementem badania empirycznego jest porównanie dynamiki wydatków na ochronę zdrowia w badanej grupie krajów. W analizie uwzględniono dynamikę wydatków realnych w latach 2000–2010, zastosowano przy tym dwa wskaźniki opisujące poziom finansowania ochrony zdrowia, to znaczy wydatki całkowite oraz wydatki publiczne. W badaniu dynamiki zastosowano średniookresowy indeks łańcuchowy [Ignatczyk, Chromińska 1998, ss. 236–240]. Jeśli przyjąć prawdziwość hipotezy konwergencji wskaźników opisujących funkcjonowanie systemów ochrony zdrowia, znajdujących się na różnym poziomie rozwoju [Jankowiak 2010], *a priori* można oczekiwać, że dynamika wydatków na zdrowie będzie wyższa w krajach o niższym poziomie wydatków.

Średnioroczną dynamikę wskaźników wydatków na ochronę zdrowia przedstawiono w zestawieniu tabelarycznym (tabela 1). Kraje uporządkowano według dynamiki malejącej.

Biorąc pod uwagę wartości średniorocznej dynamiki wydatków na ochronę zdrowia, Polska znajduje się w grupie państw, w której poziom finansowania rośnie najszybciej. Wydatki całkowite na cele zdrowotne w pierwszej dekadzie XXI w. rosły w Polsce w średnim tempie 6,4% rocznie, co sytuuje Polskę na 6. miejscu wśród państw OECD. Wydatki publiczne w tym okresie rosły w Polsce średnio o 6,6% rocznie, co jest piątym najwyższym wynikiem w analizowanej grupie. Dynamika obu wskaźników w Polsce jest przy tym wyższa niż średnia dla państw OECD. Wyższą lub równą dynamiką wydatków na cele zdrowotne charakteryzowały się w przypadku obu wskaźników Słowacja, Korea Południowa, Turcja i Chile. Wydatki całkowite szybciej niż w Polsce rosły w Irlandii, natomiast publiczne – w Holandii. Niższą dynamiką niż w Polsce charakteryzował się wzrost wydatków między innymi w Estonii, przy czym wciąż była to dynamika wyższa niż średnia dla państw OECD. Czechy charakteryzowały się ponadprzeciętną dynamiką wydatków całkowitych, na-

tomiast w wypadku wydatków publicznych ich wzrost był wolniejszy niż przeciętnie w badanej grupie państw. W przypadku pozostałych dwóch krajów Europy Środkowo-Wschodniej (Słowenii i Węgier) dynamika obu wskaźników była wyraźnie niższa od średniej.

Tab. 1. Dynamika realnych wydatków na ochronę zdrowia w krajach OECD w latach 2000–2010

Całkowite wydatki na ochronę zdrowia w US\$ PPP		Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w US\$ PPP	
Kraj	Średnioroczna dynamika	Kraj	Średnioroczna dynamika
Słowacja	10,1	Korea Płd.	11,0
Korea Płd.	9,0	Turcja	9,1
Chile	8,5	Holandia	8,2
Turcja	7,1	Chile	7,7
Irlandia	6,7	Polska	6,6
Polska	6,4	Słowacja	6,6
Nowa Zelandia	5,5	Nowa Zelandia	6,2
Holandia	5,4	Irlandia	5,9
Estonia	5,4	Estonia	5,7
Czechy	5,1	Wielka Brytania	5,5
Hiszpania	5,0	Hiszpania	5,4
Wielka Brytania	4,9	Stany Zjednoczone	5,4
Grecja	4,8	Australia	4,9
Australia	4,6	Grecja	4,6
Kanada	4,5	Kanada	4,6
Stany Zjednoczone	4,2	Szwajcaria	4,5
Belgia	4,1	Finlandia	4,4
Finlandia	4,0	Czechy	4,3
Meksyk	3,8	Belgia	4,2
Szwecja	3,7	Meksyk	4,0
Słowenia	3,6	Norwegia	3,6
Luksemburg	3,4	Słowenia	3,4
Norwegia	3,2	Szwecja	3,2
Dania	3,1	Luksemburg	3,2
Izrael	3,0	Dania	3,2
Szwajcaria	2,8	Włochy	2,8
Węgry	2,8	Japonia	2,6
Japonia	2,7	Izrael	2,6
Francja	2,6	Austria	2,6
Austria	2,5	Francja	2,3
Portugalia	2,1	Portugalia	2,0

Niemcy	2,0	Węgry	1,9
Islandia	1,9	Islandia	1,9
Włochy	1,8	Niemcy	1,7
Średnia OECD	4,4	Średnia OECD	4,6

Źródło: *OECD Health Data 2012*.

Zwraca uwagę fakt, że wydatki na ochronę zdrowia rosną najszybciej w grupie państw o najniższym poziomie wydatków na ten cel, będących jednocześnie krajami o relatywnie niskim poziomie rozwoju gospodarczego w porównaniu ze średnią OECD. Sugeruje to, że w badanej grupie mają miejsce zjawiska o charakterze konwergencji w zakresie poziomu wydatków na ochronę zdrowia.

Uwagi końcowe

Celem przeprowadzonej analizy empirycznej była próba oceny odpowiedniości poziomu wydatków na ochronę zdrowia w Polsce na tle krajów należących do OECD. Wyniki badania nie potwierdzają ugruntowanej opinii na temat zbyt niskiego poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce. Niski poziom wydatków jest wynikiem przede wszystkim niskiego poziomu dochodów. Zastosowanie prostego modelu pokazującego związek między wysokością PKB a wydatkami na cele zdrowotne wskazuje, że relatywnie niski poziom finansowania ochrony zdrowia cechuje w nie mniejszym zakresie Czechy, Estonię, Izrael czy Koreę Południową, a także kraje na zdecydowanie wyższym poziomie rozwoju gospodarczego, jak choćby cztery państwa skandynawskie. Wśród innych krajów o relatywnie niskim dochodzie społecznym tylko Chile, Słowacja i Portugalia są krajami wydającymi na zdrowie więcej niż wynikałoby to z ich poziomu rozwoju gospodarczego.

Co godne zauważenia, Polska należy do grupy państw o najbardziej dynamicznie rosnących wydatkach na ochronę zdrowia. Tłumaczyć to można koniecznością „nadrobienia zaległości” w stosunku do systemów zdrowotnych krajów wysoko rozwiniętych, zwraca jednak uwagę fakt, że nie wszystkie kraje na podobnym poziomie rozwoju cechuje równie dynamiczne zmniejszanie tych różnic, czego przykład stanowią Czechy, Estonia i Słowenia.

Podsumowując wnioski płynące z powyższej analizy, można powiedzieć, iż jednoznaczne sądy o zbyt niskim poziomie finansowania ochrony zdrowia w Polsce nie znajdują potwierdzenia. Z drugiej strony trudno, oczywiście, na podstawie powyższego badania orzekać, że wielkość środków finansowych w systemie jest wystarczająca. W opinii autora formułowanie wniosków na temat odpowiedności poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce jest sprawą na tyle złożoną, że wymaga bardzo dogłębnej analizy. Niniejsze opracowanie, będące głosem w dyskusji na temat wielkości wydatków na zdrowie, stanowi ledwie przyczynek do takiej analizy.

Bibliografia

- Atella V., Marini G., (2007), *Is Health Care Expenditure Really a Luxury Good? Reassessment and New Evidence Based on OECD Data*, „Rivista di Politica Economica”, z. 97, nr 2.
- Balicki M. (2012), *Tylko równość wyjdzie nam na zdrowie*, [w:] *Zdrowie. Przewodnik Krytyki Politycznej*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Golinowska S. (2012), *Potrzebujemy koordynacji, a nie konkurencji*, rozm. przepr. J. Kapela, [w:] *Zdrowie. Przewodnik Krytyki Politycznej*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Handzelewicz A. (2012), *Sytuacja ekonomiczna stacji dializ w Polsce*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie”, t. XIII, z. 9.
- Ignatczyk W., Chromińska M. (1998), *Statystyka. Teoria i zastosowania*, Wyd. WSB, Poznań.
- Jankowiak M. (2010), *Konwergencja ochrony zdrowia w państwach Unii Europejskiej*, „Polityka Społeczna”, nr 7/2010.
- Kawiorska D. (2004), *Narodowe rachunki zdrowia*, Zakamycze, Kraków.
- Kolwitz M. (2010), *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Annales Academiae Medicae Stetinensis”, z. 56, nr 3.
- Krakowińska E. (2006), *Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej*, „Studia i Materiały – Wydział Zarządzania UW”, nr 1/2006.
- Ministerstwo Zdrowia (2008), *Raport: Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga II*, Warszawa.
- OECD (2012), *OECD Health Data 2012*, [online] <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm>, [dostęp: 7 marca 2013].
- OECD (2006), *Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?*, „OECD Economics Department Working Papers”, No. 477.
- Rynek Zdrowia (2011), *Śląska Izba Lekarska: apel ws. niedofinansowania ochrony zdrowia*, „Rynek Zdrowia” [online] <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Slaska-Izba-Lekarska-apel-ws-niedofinansowania-ochrony-zdrowia,107854,14.html>, [dostęp: 26 marca 2013].
- Santerre R.E., Neun S.P. (2004), *Health economics. Theories, insights and industry studies*, Thomson South-Western College Pub., Mason.

Olimpia Markiewicz

Warszawski Ośrodek Ekonomii Ekologicznej

Wycena dodatkowego roku przeżycia (VOLY) i wycena poprawy jakości zdrowia jako narzędzia w ocenie opłacalności programów ochrony zdrowia w Polsce

Value of Life Year gained (VOLY) and Value of the health quality improvement as a tools in estimation of efficiency of the health care programmes in Poland

Abstract: The study has touched upon the problem of how to valuate such specific goods as human health and life. The imperfections of most conventional methods based on the cost-effectiveness analysis have been indicated and new methodology trends in valuating methods have been proposed. The value of increasing life expectancy and the value of improving health condition were estimated separately as two attributes of one good (human life) using choice experiments method. In the main survey, the common questionnaire has been completed by two groups of population: in representative Warsaw population and in the population of people undergoing dialysis. People in general population with average health status valued quantity and quality of life at the same level while people having some disabilities have put different wages valuing quantity and quality of life. In such results QALY could be quite good approximation for general population but not for the population with specific health status. The monetary indicators for VOLY and QALY based on declared preferences methods can be used in decision making process in health care sector as a tool helping plan how to spend limited budget on unlimited needs.

Key words: Value of Statistical Life, Value of Life Year gained, Quality Adjusted Life Years, Choice experiments

Wprowadzenie

Postęp w rozwoju medycyny doprowadził do wydłużenia przeciętnego życia o blisko 20 lat przy jednoczesnym nasileniu się schorzeń wieku starszego i pojawieniu się nowych problemów zdrowotnych i chorób cywilizacyjnych. Wybór optymalnych strategii i programów zdrowotnych, spełniających kryteria efektywności i dostępności w ramach określonego budżetu, staje się w tych warunkach koniecznością.

Głównym celem przedstawionych w niniejszym artykule badań jest analiza poprawności i celowości przyjęcia w Polsce progowej, ujednoliconej wielkości pieniężnej wskaźnika weryfikującego opłacalność programów zdrowotnych na poziomie 60 tys. zł rocznie. Kwota ta odpowiada kosztowi rocznej dializoterapii. Przegląd koncepcji badawczych służących ocenie opłacalności różnych procedur – zarówno w kraju, jak i na świecie – nie pozwala jednak na wskazanie powszechnej i optymalnej metody szacowania progowych wartości. W szczególności nie potwierdza, że koszt rocznej dializoterapii jest najwłaściwszym miernikiem. Przyjęte w innych krajach różnorodne progi wyznaczają dość płynne i zróżnicowane granice opłacalności. W literaturze można znaleźć opinie [Gafni, Birch 1993], że przyjęcie kosztu przypadającego na jednostkę efektu zdrowotnego jako progu opłacalności leczenia jest błędne i może prowadzić do niepożądanego wzrostu wydatków na ochronę zdrowia. Podobnie Drummond [2003] uważa, że przyjęcie jednostkowego kosztu QALY jako progu opłacalności leczenia jest niepoprawne.

Na tym tle pojawiło się pytanie, w jaki sposób dowieść, że przyjęta w Polsce progowa kwota jest dobrym bądź złym wskaźnikiem. W poszukiwaniu odpowiedzi na to pytanie przeprowadzono badania, w których zastosowano metodologię wyceny pieniężnej statystycznego życia ludzkiego, znajdując alternatywne wskaźniki oparte na preferencjach i subiektywnej ocenie badanych populacji.

Tło badań

Pełna analiza ekonomiczna wymaga wyrażenia kosztów i korzyści w tych samych jednostkach, najczęściej pieniężnych. W przypadku sektora zdrowia wycena efektów zdrowotnych budzi szczególne kontrowersje, gdyż oszacowanie np. wartości statystycznego życia jest niezwykle trudne, a zarazem dyskusyjne. Próby takie są jednak podejmowane, a ich wyniki znajdują praktyczne zastosowanie nie tylko w sektorze ochrony zdrowia, lecz także w ochronie środowiska, polityce transportowej czy w sektorze ubezpieczeń. Zwięzły opis stosowanych analiz kosztów i korzyści można znaleźć np. u Layarda i Glaistera

[1992], gdzie mierzone efekty wyrażone są w jednostkach pieniężnych. Z kolei analizy efektywności kosztów, które wymagają jedynie określenia efektów zdrowotnych w postaci liczbowych wskaźników, można znaleźć np. u Golda [1996]. Jednym ze standaryzowanych wskaźników, łączącym ocenę jakości i długości życia, jest QALY – *Quality Adjusted Life Years*, wyrażający efekt zdrowotny poprzez zyskane lata życia skorygowane o jakość, wykorzystywany w analizach opłacalności leczenia różnych programów. Opis tego współczynnika wraz z porównaniem jego wyceny z koncepcjami VSL i VOLY przedstawia Kenkel [2006].

Wiarygodne metody wyceny pozwalają nadać statystycznemu zdrowiu i życiu wartość pieniężną, respektując jednocześnie najwyższą i niepodważalną wartość oraz godność indywidualnego ludzkiego istnienia. Przedstawiona analiza nie stanowi polemiki na temat wartości życia poszczególnych jednostek czy grup ludzi. Autor zamierzał pokazać, że w świetle rzeczowych, popartych teorią ekonomiczną argumentów, wiarygodna wycena statystycznego życia ludzkiego ma przede wszystkim służyć jego jak najlepszej ochronie. Pełna ocena ekonomiczna przedsięwzięć, w których efekty zdrowotne w postaci wzrostu oczekiwanej długości życia są kluczowe, pozwala na wybór najbardziej opłacalnych rozwiązań, wymaga jednak wyrażenia wszystkich efektów w tych samych jednostkach, najczęściej pieniężnych.

Hipotezy badawcze

Hipotezę główną badań było stwierdzenie, że przyjęta progowa wartość opłacalności leczenia w Polsce, ustalona na poziomie około 60 tys. zł za przedłużenie statystycznego życia o rok, jest zawyżona w stosunku do wartości opartej na preferencjach społecznych.

Pierwszą hipotezę uzupełniającą stanowiło stwierdzenie, że za pomocą metod wyceny statystycznego życia i dodatkowego roku przeżycia można w sposób spójny obliczyć progowy wskaźnik (wskaźniki) opłacalności programów zdrowotnych, oparty na indywidualnych preferencjach populacji.

Drugą hipotezę uzupełniającą było stwierdzenie, że przyjęcie jednolitego wskaźnika opłacalności nie jest uzasadnione. Należy różnicować progi opłacalności np. ze względu na stany zdrowotne.

Trzecia hipoteza uzupełniająca głosiła, że koncepcja współczynnika QALY (ang. *Quality Adjusted Life Years* – Lata Życia Skorygowane o Jakość), przypisująca jednakowe wagi atrybutom długości i jakości życia, jest błędna. Na podstawie badań opartych na preferencjach deklarowanych (ujawnionych) można dowieść, że wagi tych atrybutów są zróżnicowane i zależą od stanu zdrowia pytanych respondentów.

Badania preferencji ujawnionych

W celu weryfikacji postawionych hipotez badawczych przeprowadzono badania empiryczne. Dokonano wyceny efektów zdrowotnych, w szczególności wyceny dodatkowego roku przeżycia oraz wyceny poprawy stanu zdrowia, korzystając z metody wyceny bezpośredniej. Część badawcza składała się z trzech oddzielnych fragmentów. Pierwsze badanie przeprowadzono w latach 2006–2007 w ramach szóstego projektu ramowego Unii Europejskiej NEEDS (*New Energy Externalities Developments for Sustainability*), wykorzystując metodę wyceny warunkowej. Kompletny opis historii zastosowania i rozwoju metod bezpośrednich znaleźć można u Carsona i Hanemann [2005]. Dwa kolejne badania przeprowadzono w latach 2007–2008 w ramach grantu promotor-skiego uzyskanego z MNiSW (N1120231/1885). Wykorzystano w nich metodę wyboru warunkowego. Zasady modelowania badań opartych na metodzie wyboru warunkowego omówiono szeroko w literaturze [Ben-Akiva, Lerman 1985; Henseher i współl. 2005; Louviere i współl. 2006; Street, Burgess 2007]

VOLY oszacowane w projekcie NEEDS

Dzięki zastosowaniu metody wyceny warunkowej w pierwszym badaniu oszacowano wskaźniki VOLY (ang. *Value of Life Year* – Wycena Dodatkowego Roku Przeżycia) dla 150 przedstawicieli populacji ogólnej Warszawy na podstawie scenariusza obejmującego kontekst redukcji zanieczyszczeń powietrza. Na podstawie uzyskanych stawek WTP (ang. *Willingness To Pay* – Gotowość do Zapłacenia) deklarowanych w zamian za wydłużenie oczekiwanej długości życia odpowiednio o 3 i 6 miesięcy, skalkulowano wartości dodatkowego roku przeżycia na poziomie 40–70 tys. zł. Były to pierwsze szacowania VOLY w badaniach polskich, przeprowadzone w ramach projektu NEEDS. Podsumowanie całego międzynarodowego badania NEEDS przedstawiono w publikacji zbiorczej [Desaigues B. i in. 2011], natomiast wyniki prac polskiej grupy roboczej można znaleźć w publikacji Markiewicza i współpracowników [2007, ss.194–208].

Zarówno w Polsce, jak i w innych krajach europejskich biorących udział w projekcie, oprócz wyników ilościowych, uzyskano cenne z punktu widzenia planów kolejnych badań wnioski jakościowe. Objęły one przede wszystkim konkluzję, że znaczna część respondentów, podając swoją WTP, oprócz wydłużenia oczekiwanej długości życia wyceniała też inne atrybuty, nieobjęte badaniem. Na tej podstawie można było domniemywać, że wycena samego atrybutu VOLY była niższa niż skalkulowana na bazie deklarowanych WTP. Taki wniosek niósł za sobą kolejne przypuszczenia, że próg opłacalności leczenia nieprowadzącego do poprawy zdrowia w Polsce, oszacowany na poziomie 60 tys. zł, jest zawyżony w porównaniu z deklarowanymi przez społeczeństwo

wartościami gotowości do zapłaty za dodatkowy rok życia. Wyniki ilościowe badania nie były jednak wystarczającym dowodem na potwierdzenie tej hipotezy, bowiem niemożliwe było precyzyjne oszacowanie wartości atrybutów nieobjętych badaniem, a wycenianych przez respondentów, w szczególności atrybutu poprawy jakości zdrowia. Z punktu widzenia celów badawczych na tym etapie przeprowadzonej analizy najważniejsze były wnioski jakościowe.

Wśród innych korzyści płynących z badania przeprowadzonego w ramach projektu NEEDS warto jeszcze wymienić dwa aspekty, ważne z punktu widzenia zdobytych doświadczeń naukowych. Badanie objęło grupę zróżnicowanych krajów europejskich, w których zastosowano jednakowy, wspólnie opracowany kwestionariusz. Umożliwiło to z jednej strony analizę statystyczną całej wybranej populacji europejskiej, z drugiej strony zaś przegląd rezultatów uzyskanych w poszczególnych krajach indywidualnie i dokonanie międzynarodowych porównań. Było to pierwsze doświadczenie udziału polskiej grupy naukowców w międzynarodowym projekcie wyceny VOLY.

Na podstawie wniosków badania NEEDS, z których szczególnie cenne okazały się wyniki jakościowe, opracowano koncepcję kolejnego etapu badań w kontekście efektów hipotetycznych programów zdrowotnych. Dostrzegając potrzebę oddzielnej wyceny dwóch atrybutów – długości życia i jakości zdrowia – zdecydowano się na implementację najnowszej metody badawczej opartej na wyborze warunkowym.

VOLY w kontekście programów ochrony zdrowia – populacja ogólna

Badania przeprowadzono w latach 2007–2008 w ramach grantu promotorskiego MNISW N11202231/1885. Wyniki przedstawiono w rozprawie doktorskiej [Markiewicz O. 2008]. Pierwszą trudnością badawczą, pokonaną dzięki wielokrotnym testom, było opracowanie wiarygodnego kontekstu badawczego. Zdecydowano się na scenariusz oparty na hipotetycznych programach przeciwdziałania i leczenia głównych schorzeń cywilizacyjnych. Respondenci dokonywali wyboru między alternatywnymi programami, przynoszącymi zróżnicowane korzyści zdrowotne, osiągane przy różnych poziomach kosztów.

W 2008 r. wdrożono kwestionariusz w grupie 150 dorosłych respondentów Warszawy. Na podstawie uzyskanych wyników oszacowano średnią WTP, osobno za uzyskanie dodatkowego roku przeżycia i za poprawę stanu zdrowia o jeden punkt na dziesięciostopniowej skali stanów zdrowia. Ciekawą i ważną z punktu widzenia celów badawczych obserwacją okazał się fakt, że w populacji ogólnej respondenci wycenili te dwa atrybuty na niemal identycznym poziomie, deklarując średnie WTP równe około 102 zł miesięcznie. Cenili oni jednakowo dodatkowy rok życia i poprawę stanu zdrowia o jeden punkt, nadając im te same wartości pieniężne.

W tym miejscu wart jest przypomnienia fakt, że wskaźnik liczbowy oceny stanów zdrowia QALY, łączący w sobie aspekty wydłużenia życia i poprawy jakości zdrowia, nadaje również te same wagi (liczbowe) atrybutom jakości i długości życia. Z perspektywy przeprowadzonego badania preferencji deklarowanych można zatem stwierdzić, że ogół populacji nadaje podobnie te same wagi (tylko że pieniężne) wspomnianym atrybutom. Na tej podstawie można wnioskować, że konstrukcja współczynnika QALY, wprawdzie oparta na wysoce uproszczonych założeniach, jest zgodna z preferencjami populacji o przeciętnym stanie zdrowia.

Przy próbach szacowania indywidualnych WTP we wspomnianej grupie respondentów okazało się, że większość zmiennych socjodemograficznych (takich jak: dochód, wiek, płeć, wielkość gospodarstwa domowego, liczba dzieci i wykształcenie), które mogłyby wpływać na funkcję użyteczności, okazała się nieistotna. Na tej podstawie można było stwierdzić, że respondenci byli w miarę jednakowi i mieli w przybliżeniu te same parametry w funkcjach użyteczności. Na tym etapie nie można było zatem potwierdzić hipotezy o konieczności różnicowania progu opłacalności leczenia ze względu na badane cechy respondentów. Kolejna jednak faza badań na wybranej ze względu na szczególny stan zdrowia grupie populacji zaprzeczyła tym wnioskom. Być może przeprowadzenie badania na większej próbie populacji ogólnej pozwoliłoby na wprowadzenie heterogeniczności respondentów.

Oszacowanie średnich wartości WTP umożliwiło obliczenie wartości VOLY dla populacji ogólnej. Na podstawie wyodrębnionego atrybutu wydłużenia oczekiwanej długości życia skalkulowano VOLY na poziomie około 39 tys. zł rocznie. Z kolei wartość dodatkowego roku przeżycia skorygowana o poprawę stanu zdrowia o jeden punkt, wyniosła około 78 tys. zł. Odwołując się do celów badawczych rozprawy, stwierdzono, że otrzymane rezultaty prowadzą do dwóch istotnych wniosków. Po pierwsze, wartość dodatkowego roku przeżycia bez poprawy stanu zdrowia dla populacji o przeciętnym stanie zdrowia, uzyskana w badaniu preferencji metodą wyboru warunkowego, osiągnęła wartość poniżej progu opłacalności leczenia skalkulowanego na poziomie około 60 tys. zł. Z kolei wartość dodatkowego roku przeżycia skorygowana o poprawę jakości o jeden punkt na dziesięciopunktowej skali przyjmuje wartość powyżej progu opłacalności leczenia.

VOLY w populacji osób dializowanych

W ostatniej części empirycznej scenariusz powyższego badania przeprowadzonego wśród populacji ogólnej został zastosowany (z drobnym rozszerzeniem) w wąskiej grupie populacji osób dializowanych. Wyniki uzyskane w tej grupie respondentów znacząco różniły się od rezultatów badania przeprowadzonego

w populacji ogólnej. Na podstawie średnich wartości WTP zaobserwowano, że osoby z przewlekłą niewydolnością nerek wyżej wyceniają atrybut wydłużenia oczekiwanej długości życia (około 1,4 razy) niż atrybut poprawy jakości stanu zdrowia.

W grupie osób dializowanych uzyskano wyniki VOLY na poziomach niższych niż w populacji ogólnej. Na podstawie WTP za przedłużenie życia o rok obliczono VOLY na poziomie około 14,7 tys. zł, natomiast wyceniając łącznie atrybut wzrostu oczekiwanej długości życia o jeden rok i poprawy jakości zdrowia o jeden punkt, uzyskano wynik na poziomie około 25 tys. zł. Ten ostatni etap badań doprowadził do trzech najważniejszych wniosków. Po pierwsze, uzyskane w tej grupie wskaźniki VOLY są poniżej progu opłacalności leczenia. Po drugie, osoby dializowane wyżej cenią wydłużenie oczekiwanej długości niż poprawę jakości stanu zdrowia, nadając im różne wagi, zatem QALY nie jest dobrym wskaźnikiem ilościowym dla tej wąskiej populacji. Po trzecie, porównanie wyników uzyskanych dla populacji ogólnej i wąskiej populacji osób dotkniętych danym schorzeniem pozwala sformułować konkluzję, że stosowanie jednolitych wskaźników opłacalności nie jest uzasadnione w świetle zróżnicowanych wartości uzyskanych metodami badań preferencji deklarowanych.

W grupie osób dializowanych uzyskano wskaźniki niższe niż w populacji ogólnej. W interpretacji wysokości deklarowanych WTP należy wziąć pod uwagę znaczną różnicę zarówno w dochodach obu grup, jak i w ponoszonych wydatkach na zdrowie oraz różnicę wieku badanych populacji. Przy niższych dochodach populacji osób dializowanych, związanych głównie z koniecznością zmiany bądź utraty pracy z powodu choroby, w grupie tej zidentyfikowano ponadto dodatkowe koszty prywatne, związane z wydatkami na leczenie. Koszty te (rocznie ponad 13 tys. zł) dodatkowo obniżyły dochód do dyspozycji osób dializowanych i zapewne zaważyły na deklarowanych kwotach WTP. Mimo że w populacji ogólnej nie zidentyfikowano istotnej zależności pomiędzy wysokością deklarowanych WTP a poziomem dochodów, analiza przypadku odrębnej grupy respondentów o znacząco mniejszych dochodach zdaje się potwierdzać taką zależność. Ponadto fakt, że grupa osób dializowanych jest średnio o 11 lat starsza od populacji ogólnej, jeszcze obniżyło VOLY skalkulowane na podstawie dodatkowo przeżytych lat.

Weryfikacja hipotez

Przeprowadzenie trzech oddzielnych badań, których rezultaty podsumowano powyżej, pozwoliło na pozytywne zweryfikowanie hipotez badawczych postawionych w pracy.

Przeprowadzenie badań w kontekście hipotetycznych programów ochrony zdrowia potwierdziło słuszność przyjętej hipotezy głównej o zawyżeniu pro-

gu opłacalności leczenia w porównaniu z preferencjami deklarowanymi przez społeczeństwo. Uzyskane wartości VOLY, skalkulowane na podstawie wyceny jedynie atrybutu wydłużenia oczekiwanej długości życia – zarówno w populacji ogólnej na poziomie 39 tys. zł, jak i w populacji osób dializowanych na poziomie około 15 tys. zł – okazały się niższe od analizowanego progu. Samo przedłużenie życia o rok w świetle badań przeprowadzonych w niniejszej pracy zostało przez respondentów wycenione niżej niż próg opłacalności leczenia stosowany w służbie zdrowia.

Inaczej przedstawia się sytuacja przy uwzględnieniu przez respondentów wyceny łącznie dwóch atrybutów: przedłużenia życia o jeden rok i poprawy stanu zdrowia o jeden punkt. Otrzymane wskaźniki VOLY skorygowanego o jakość dla populacji ogólnej przyjmą wartości na poziomie 78 tys. zł, czyli powyżej progu opłacalności leczenia. Jednakże jest to w tym przypadku porównanie wyceny dwóch różnych dóbr. Proóg opłacalności leczenia obejmuje tylko atrybut długości życia, a otrzymany skorygowany wskaźnik VOLY uwzględnia dodatkowo wycenę jakości zdrowia. Wskaźniki te nie są zatem porównywalne. Skorygowany wskaźnik VOLY może być traktowany w innej interpretacji jako wycena dla QALY – wskaźnika liczbowego obejmującego łącznie dwa atrybuty: jakości i długości życia.

Przeprowadzone badania pozwoliły też na pozytywną weryfikację hipotez uzupełniających, postawionych w pracy. Zgodnie z pierwszą z nich stwierdzono, że za pomocą metody wyceny statystycznego życia i dodatkowego roku przeżycia można obliczyć progowy wskaźnik (wskaźniki) opłacalności programów zdrowotnych, oparty na indywidualnych preferencjach populacji.

Wstępne próby konstrukcji takich alternatywnych wskaźników podjęto na podstawie prekursorskiej w Polsce wyceny statystycznego życia, przeprowadzonej przez Marka Giergicznego [2006]. Ze względu jednak na niedostateczną wiarygodność otrzymanych w badaniu metodą wyceny warunkowej rezultatów, oszacowane na podstawie VSL wskaźniki VOLY przyjęły bardzo szerokie spektrum wartości 15,2–217 tys. zł i trudno było na tej podstawie zaproponować alternatywne dla analizowanego progu wskaźniki.

Kolejne badanie przeprowadzone w ramach projektu NEEDS przyniosło pierwsze bezpośrednie szacunki VOLY w Polsce, oparte na indywidualnych preferencjach ogółu populacji. Mogłyby one stanowić podstawę określenia alternatywnego progu opłacalności leczenia, gdyby nie fakt, że respondenci wyceniali poza wydłużeniem oczekiwanej długości życia również inne atrybuty, w tym jakość życia. Można było domniemywać, że uzyskane wskaźniki VOLY są zawyżone. Dla weryfikacji tej hipotezy konieczne było zatem przeprowadzenie kolejnych badań.

Dopiero ostatni etap prac badawczych, objętych wyceną VOLY w populacji ogólnej i w populacji osób dializowanych, przyniósł pozytywną weryfikację postawionej hipotezy. Dzięki uzyskaniu wskaźników VOLY, szacowanych na podstawie jedynie wydłużenia życia o rok, uzyskano alternatywy dla progów opłacalności leczenia, oparte na preferencjach deklarowanych społeczności ogólnej i społeczności osób dializowanych. Ponadto zaobserwowano, że wskaźniki uzyskane w przeprowadzonych badaniach osiągają (jak wspomniano przy okazji weryfikacji hipotezy głównej) poziomy niższe niż próg opłacalności leczenia równy kosztom rocznej dializoterapii.

Porównanie wyników VOLY uzyskane dla populacji ogólnej i dla populacji osób dializowanych pozwoliło również zweryfikować pozytywnie drugą hipotezę uzupełniającą, głoszącą że przyjęcie jednolitego wskaźnika opłacalności leczenia nie jest uzasadnione i należy różnicować progi opłacalności, np. ze względu na stany zdrowotne respondentów. Te dwie grupy osób objęte badaniem, różniące się znacznie przeciętnym stanem zdrowia (populacja ogólna określiła swój stan zdrowia średnio na 7,3 pkt, natomiast populacja osób dializowanych na 5,1 pkt), wyceniły dodatkowy rok przeżycia na różnych poziomach. Jest to podstawa dla różnicowania progów opłacalności leczenia w zależności od analizowanego stanu zdrowia badanej populacji lub typu schorzenia. Na podstawie badania preferencji deklarowanych przeżycie w lepszym stanie zdrowia (populacja ogólna) zostało wycenione wyżej niż przeżycie w gorszym stanie zdrowia (populacja osób dializowanych).

Bez przeprowadzenia dodatkowego badania wśród populacji osób dializowanych nie udałooby się zweryfikować pozytywnie trzeciej hipotezy uzupełniającej, głoszącej, że koncepcja współczynnika QALY, przypisująca jednakowe wagi atrybutom długości i jakości życia, jest błędna. Analiza wyników w tej grupie pokazała, że osoby dializowane wyceniły atrybut wydłużenia oczekiwanej długości życia znacząco powyżej wyceny atrybutu jakości zdrowia. Dla osób objętych analizowanym schorzeniem cenniejsze okazało się dłuższe życie niż poprawa jakości zdrowia, być może ze względu na fakt, że ten drugi atrybut jest trudniej osiągalny dla tej grupy chorych. Ponadto przewlekła niewydolność nerek bez dializoterapii prowadzi do śmierci.

Wnioski badawcze i rekomendacje

Na podstawie przeprowadzonych badań zweryfikowano pozytywnie wszystkie postawione w pracy hipotezy. Umożliwiło to sformułowanie wniosków badawczych ważnych dla instytucji ochrony zdrowia.

Dotychczasowa praktyka w sektorze ochrony zdrowia, oparta przede wszystkim na analizach efektywności kosztowej, bazuje na ocenie programów

ochrony zdrowia przez pryzmat kosztów przypadających na wystandaryzowany efekt zdrowotny. O ile strona pomiaru kosztów nie była przedmiotem niniejszych badań, o tyle pomiar wystandaryzowanego efektu został poddany ocenie. QALY, jako najczęściej stosowany wskaźnik liczbowy, okazał się dobrym przybliżeniem dla oceny stanu zdrowia populacji ogólnej, ale nie najlepszym miernikiem dla grupy objętej szczególnym schorzeniem. Porównanie programów zdrowotnych, opartych na analizach efektywności kosztowej z efektem zdrowotnym wyrażonym za pomocą QALY, może prowadzić do niepoprawnych wyborów i wniosków z punktu widzenia preferencji tej części populacji.

Na podstawie tego spostrzeżenia sformułowano rekomendację dla uniknięcia błędnych decyzji. Wybór programu dla określonych grup schorzeń należałoby poprzedzać badaniem preferencji tej grupy populacji w zakresie nadania odpowiednich wag atrybutom jakości i długości życia. W dalszym etapie rezultat wymagałby skorygowania o uzyskane odpowiednie wagi współczynnika QALY, będącego podstawą oceny efektu zdrowotnego w analizach porównawczych programów.

Kolejne propozycje i sugestie, sformułowane na podstawie przeprowadzonych badań, dotyczą progu opłacalności leczenia opartego na rocznym koszcie zabiegu dializoterapii. Próg ten, traktowany jako wycena dodatkowego roku przeżycia, został porównany z otrzymanymi w części empirycznej wskaźnikami VOLY.

Po pierwsze, koszt rocznej dializoterapii na poziomie 60 tys. zł obejmuje jedynie koszty zabiegów pokrywane przez państwo. Rzeczywisty roczny koszt procesu dializoterapii jest znacząco wyższy, jeśli doliczymy także koszty prywatne osób dializowanych, takie jak koszty leczenia wspomagającego, koszty transportu oraz koszty utraconych możliwości w postaci obniżonych z tytułu choroby zarobków. Łącznie koszty prywatne kształtują się na poziomie ponad 13 tys. zł. Jeśli próg opłacalności objąłby jeszcze te dodatkowe wydatki, jego wysokość byłaby znacząco wyższa niż obecnie szacowane 60 tys. zł.

Przeprowadzone w pracy badania wskazały, że VOLY oszacowana na podstawie preferencji społecznych, kształtowała się na zróżnicowanym poziomie, przyjmującym w wyznaczonym przedziale wartości poniżej progu opłacalności leczenia. W świetle tego stwierdzenia okazuje się, że wiele programów ochrony zdrowia, które są realizowane na podstawie kryterium kosztu rocznej dializoterapii, się nie opłaca. Rekomendacją dla instytucji ochrony zdrowia opartą na tym wniosku jest stwierdzenie, że w świetle analizy preferencji ogółu populacji, a także szczególnych grup leczonych, należałoby stworzyć bodźce do poszukiwania rozwiązań bardziej opłacalnych, co pozwoliłoby na jeszcze efektywniejsze wykorzystanie ograniczonych zasobów. Należy w tym miejscu podkreślić przekonanie autora, że programy, które nie mają bardziej opłacalnych alterna-

tyw, a są szczególnie ważne, np. programy ratowania czy przedłużania życia, powinny być realizowane nawet wtedy, gdy nie spełniają kryterium opłacalności. W procesie decyzyjnym w ochronie zdrowia czynniki ekonomiczne mają często znaczenie drugorzędne, ale nie zwalnia to decydentów od poszukiwania jak najbardziej efektywnych rozwiązań.

Kolejnym aspektem związanym z progiem opłacalności leczenia jest jego różnicowanie, zalecane w świetle rezultatów przeprowadzonych badań. Wycena VOLY oparta na preferencjach społecznych przyniosła odmienne wskaźniki dla populacji ogólnej i populacji osób dializowanych. Na tę różnicę złożyło się wiele czynników. Poza analizowanymi aspektami ekonomicznymi o występujących różnicach zdecydował także odmienny stan zdrowotny badanych populacji. Dla grupy badanych w gorszym od przeciętnego stanie zdrowia przeżycie dodatkowego roku w tym stanie było wyceniane niżej niż przeżycie dodatkowego roku przez reprezentantów populacji ogólnej z przeciętnym stanem zdrowia. Z kolei aspekt długości życia przy śmiertelnym schorzeniu wyceniany był powyżej aspektu jakości życia. Rekomendacją opartą na tych wnioskach badawczych jest stwierdzenie poparte zweryfikowaną hipotezą, że progi opłacalności leczenia powinny być różnicowane ze względu na stany zdrowotne badanych populacji.

Ostatnią kwestią wymagającą wyjaśnienia jest interpretacja VOLY w świetle zróżnicowanej jakości stanów zdrowia. Wprawdzie wskaźnik VOLY obejmuje jedynie atrybut długości życia, jednak na jego wycenę ma znaczny wpływ również jakość zdrowia respondentów, co udowodniły przeprowadzone badania. W niniejszej pracy pokuszono się nawet o wprowadzenie określenia „VOLY skorygowana o jakość”, co nie jest wskaźnikiem tożsamym z wyceną QALY. Ostatnią sformułowaną rekomendacją jest zatem spojrzenie na próg opłacalności leczenia oraz na VOLY z perspektywy wyceny nie tylko długości życia, ale również jakości zdrowia. Taka interpretacja umożliwiłaby lepsze wyjaśnienie różnic w wielkościach szacowanych VOLY i stosowanych progów.

Perspektywy badawcze

Przeprowadzone badania stanowiły zamknięty etap wyceny VOLY w Polsce, jednakże pewne wnioski skłoniły do nakreślenia dalszych kroków badawczych w omawianym obszarze tematycznym. Przedstawione perspektywy badawcze bazują na wnioskach z przeprowadzonych badań własnych opartych na hipotetycznym scenariuszu realizacji programów ochrony zdrowia.

Przed wszystkim warto byłoby rozszerzyć skalę przeprowadzonych badań w dwóch kierunkach. Po pierwsze, cennym dopełnieniem badania przeprowadzonego w populacji ogólnej warszawskiej, w kontekście programów ochrony zdrowia, byłoby rozszerzenie próby na populację ogólnopolską. Taki

był pierwotny zamiar badawczy, ale ze względu na niedostateczne fundusze zrealizowano go w ograniczonym zakresie. Większa próba pozwoliłaby na uzyskanie bardziej wiarygodnych wyników i umożliwiłaby pełniejszą analizę statystyczną.

Drugi kierunek rozszerzenia badań zmierzałby do implementacji kwestionariusza badania w innych grupach schorzeń, przede wszystkim najczęściej występujących i zróżnicowanych pod względem efektów zdrowotnych. Przeprowadzenie całej serii takich badań pozwoliłoby określić szerokie spektrum zróżnicowanych wag, przypisywanych atrybutom jakości i długości życia. To umożliwiłoby opracowanie koncepcji całej grupy alternatywnych progów opłacalności leczenia oraz być może pozwoliłoby na zaproponowanie alternatywnego, w miejsce QALY, zróżnicowanego wskaźnika oceny stanów zdrowotnych.

Wreszcie kolejne plany badawcze zmierzają w kierunku przeprowadzenia badań wyceny VOLY na podstawie wyboru warunkowego w innych kontekstach hipotetycznych scenariuszy. Warto byłoby powtórzyć kontekst poprawy jakości powietrza, wyceniając oddzielnie atrybuty jakości i długości życia, co pozwoliłoby zweryfikować przypuszczenie, że VOLY, wyceniony w ramach projektu NEEDS, krył w sobie jeszcze atrybuty nieobjęte badaniem i przez to był zawyżony.

Zakończenie

Wyniki pierwszych wycen VOLY w Polsce, przeprowadzone w ramach niniejszych badań, zostały wykorzystane przy weryfikacji metodologii oceny efektywności i opłacalności programów medycznych, gdyż na tym sektorze skoncentrowały się przedstawione plany badawcze. Warto jednak przypomnieć, że uzyskane rezultaty wyceny VOLY mogą znaleźć szersze zastosowanie w innych sektorach gospodarczych, takich jak: ochrona środowiska, transport i ubezpieczenia, czyli wszędzie tam, gdzie wycena efektów zdrowotnych jest istotna dla przeprowadzenia pełnych analiz ekonomicznych.

Przeprowadzone badania stanowią pierwsze wyceny dodatkowego roku życia w Polsce. Ponadto po raz pierwszy wykorzystano metodę wyboru warunkowego w wycenie atrybutów jakości i długości życia. Zastosowany scenariusz badawczy oparty był na własnej, nietestowanej wcześniej koncepcji realizacji hipotetycznych programów przeciwdziałania i leczenia głównych chorób cywilizacyjnych. Zdobyto kolejne cenne doświadczenia w zakresie testowania tej stosunkowo „młodej” i niełatwej metody badawczej. Otrzymane rezultaty badań pozwoliły na sformułowanie wniosków ważnych dla doskonalenia procesów decyzyjnych opartych na analizie ekonomicznej programów ochrony zdrowia w Polsce.

Bibliografia

- Ben-Akiva M., Lerman S.R. (1985), *Discrete Choice Analysis: Theory and Application to Travel Demand*, „MIT Press”, Cambridge MA.
- Carson R.T., Hanemann W.M. (2005) *Contingent Valuation*, [w:] Mäler K.G., Vincent J.R., *Handbook of Environmental Economics*, Elsevier, Amsterdam.
- Desaiques B., Ami D., Bartczak A., Czajkowski M., Markiewicz O., Markowska A. i in. (2011), *Economic Valuation of Air Pollution Mortality: A 9-Country Contingent Valuation Survey of Value of a Life Year (VOLY)*, „Ecological Indicators”, Elsevier, Vol. 11, 902–910.
- Drummond M.F., O'Brien B.J., Stoddart G.L., Torrance G.W. (2003), *Metody badań ekonomicznych programów ochrony zdrowia*, „Via Medica”, Gdańsk, ss. 219–243.
- Gafni A., Birch S. (1993) *Guidelines for the adoption of new technologies: a prescription for uncontrolled growth in expenditures and how to avoid the problem*, „Canadian Medical Association Journal”; 148 (6):913–917.
- Giergiczny M. (2006), *Zastosowanie Metody Wyborów z Eksperymentem do badania wartości Statystycznego Życia Ludzkiego*, Rozprawa doktorska, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Gold M.R., Siegel J.E., Russell L.B., Weinstein M.C. (1996), *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*, Oxford University Press, New York.
- Hensher A.D., Rose J.M., Greene W.H. (2005), *Applied Choice Analysis*, Cambridge University Press.
- Kenkel, D.S. (2006), *Approaches to Valuing Health for Policy: Common Ground and Disputed Territory*, „Environmental & Resource Economics” 34, 419–437.
- Layard R., Glaister S. (1992), *Cost-Benefit Analysis*, Second Edition, „Cambridge University Press”, Cambridge.
- Louviere J.J., Hensher D.A., Swait J.D. (2006), *Stated Choice Methods: Analysis and Applications*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Markiewicz O. (2008), *Analiza opłacalności programów ochrony zdrowia na podstawie Wyceny Statystycznego Życia i Wyceny Dodatkowego Roku Przeżycia w Polsce*, Rozprawa doktorska, Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warszawski.
- Markiewicz O., Czajkowski M., Bartczak A., Markowska A. (2007), *Wartość dodatkowego roku przeżycia w Polsce. Wyniki i wnioski z badań wyceny w kontekście poprawy jakości powietrza. (Value of life year gained (VOLY) in Poland. The results of Contingent Valuation Method survey in air pollutions context*, Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warszawski.
- Street D., Burgess L. (2007), *The Construction of Optimal Stated Choice Experiments: Theory and Methods*, Wiley-Interscience.

Wiesław Janik

Politechnika Lubelska

Wykorzystanie potencjału wykonawczego zakładów opieki zdrowotnej i finansowanie usług medycznych

The capacity of health care institutions and financing medical services

Abstract: The growing government expenditure on health care is hardly accompanied by the corresponding growth of patients' satisfaction. Despite the universal system of mandatory health insurance, access to medical services is becoming more and more difficult. On the other hand, the existing potential of healthcare institutions is largely idle. There are estimates that the capacity of these institutions is used only in approx. 67%-70%. Therefore, major reforms in the healthcare financing system are urgently needed. These reforms should include the weakening of the monopoly position of the National Health Fund (NFZ), increasing the role of voluntary health insurance and co-financing the costs of selected healthcare services and medical procedures by the patients, for example home medical visits and hospital stays.

Key words: hospitals, healthcare services, service capacity, financing

Wprowadzenie

Kryzys finansów publicznych odczuwalny w wielu współczesnych krajach uaktywnił rządy w zakresie poszukiwania sposobów uzdrowienia sektora publicznego. Celem nowych rozwiązań jest wzrost skuteczności i efektywności oraz poprawa wizerunku administracji i przedsiębiorstw publicznych [Jeżowski 2012, s. 139].

Problem racjonalizacji funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce staje się coraz bardziej znaczący. Kolejne reformy nie przyniosły dotychczas oczekiwanych rezultatów. Nakłady finansowe na ochronę zdrowia rosną, ale nie przekłada się to na wzrost zadowolenia pacjentów. Jest raczej odwrotnie. Coraz

trudniej dostać się nie tylko do specjalisty, lecz również do lekarza rodzinnego. Lista leków refundowanych ulega częstym zmianom i za każdym razem zwiększa się grupa pacjentów, którzy czują się wykluczeni z publicznego systemu opieki zdrowotnej.

Jednym z realizowanych rozwiązań w ochronie zdrowia jest komercjalizacja i prywatyzacja zakładów opieki zdrowotnej. Przyjmuje się, że ich rezultatem będzie wzrost konkurencji między dostawcami usług zdrowotnych, co przyczyni się do wzrostu ich jakości i obniżenia kosztów. Trzeba jednak podkreślić, że tego typu zmiany mogą być niewystarczające do osiągnięcia wyżej wymienionych efektów. Problem niskiej efektywności opieki zdrowotnej w Polsce tkwi nie tylko w formach organizacyjno-prawnych zakładów opieki zdrowotnej. Istotne znaczenie mają również procesy regulacyjne w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. Wydatki na ochronę zdrowia nie mają charakteru czysto konsumpcyjnego, lecz powinny być traktowane jako inwestycje w kapitał ludzki [Korporowicz 2012, s. 32].

Celem artykułu jest ocena potencjału wykonawczego świadczeniodawców usług zdrowotnych w Polsce i jego wykorzystania oraz wskazanie kierunków racjonalizacji. Z uwagi na charakter dostępnych danych empirycznych oraz objętość artykułu analizę ograniczono do aspektów makroekonomicznych. W artykule wykorzystano metodę analizy danych statystycznych. Wnioski wynikające z analizy zostały zaprezentowane w kontekście różnych opinii prezentowanych w literaturze przedmiotu.

Zasoby materialne i źródła ich finansowania w badanych placówkach medycznych

Potencjał usługowy jest jednym z istotnych czynników kosztotwórczych. Powierzchnia użytkowa, wyposażenie jednostek organizacyjnych w aparaturę medyczną oraz zatrudnienie personelu (medycznego, pomocniczego i pozostałego) są źródłem kosztów stałych. W wypadku jednostek zadłużonych koszty te są zwiększone o kwotę należnych odsetek od długu.

W jednostkach organizacyjnych, których potencjał usługowy nie jest dobrze zagospodarowany, powstaje zjawisko marnotrawienia zasobów. Część kosztów nie przyczyni się do powstania przychodów. Często staje się przyczyną straty finansowej. Jeżeli strata ta jest wyższa od kosztów amortyzacji, powstaje zagrożenie dla płynności finansowej. Zjawisko to jest znane w publicznej służbie zdrowia od wielu lat. Mimo kilkakrotnego oddłużania publicznych szpitali problem nie został rozwiązany. Proces komercjalizacji polegający na przekształceniu samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe [Horosz i in. 2012, s. 22] może niewiele zmienić, jeżeli nie wprowadzi

się rynkowych zasad funkcjonowania tych podmiotów.

Obecny system kontraktowania usług przez NFZ niewiele ma wspólnego z zasadami rynkowymi. Wielkość kontraktu i jego cena zależy od siły negocjacyjnej poszczególnych jednostek organizacyjnych. W systemie tym pacjent traktowany jest przedmiotowo, a jego satysfakcja z określonej usługi ma drugorzędne znaczenie. NFZ jest monopolistą na rynku usług medycznych. Zakłady Opieki Zdrowotnej bardziej są zainteresowane poprawnymi stosunkami z NFZ niż rywalizacją o pacjentów.

Rezultatem takiej sytuacji jest nie tylko niezadowolenie pacjentów (długie kolejki do świadczeń zdrowotnych), niezadowalająca jakość obsługi pacjentów, lecz również ograniczona motywacja do poprawy efektywności ekonomicznej. Zazwyczaj wielkość kontraktów jest znacząco niższa zarówno w stosunku do potencjału usługowego jednostek, jak i do potrzeb zgłaszanych przez pacjentów. Dotyczy to w szczególności szpitali. Ponieważ niezaspokojonym potrzebom zdrowotnym towarzyszy niewykorzystany potencjał, rodzi się poczucie niesprawiedliwości w ochronie zdrowia [Morris i inni 2012, ss. 214–239].

Powstaje paradoks ekonomiczny. Pomijając fakt, że zapotrzebowanie na usługi zdrowotne jest praktycznie nieograniczone [Goodman i in. 2008, s. 24], niewykorzystane zasoby powodują nieproduktywny wzrost nakładów społecznych na służbę zdrowia.

Analizując sytuację w polskim systemie opieki zdrowotnej, łatwo zauważyć, że istniejący potencjał usługowy jest znaczący. W roku 2011 funkcjonowało w Polsce 830 szpitali, w tym 313 szpitali publicznych [Biuletyn s. 81]. Średni szpital publiczny jest dużą jednostką organizacyjną (ponad trzykrotnie większą od średniego szpitala niepublicznego). Szpitale niepubliczne są jednostkami bardziej wyspecjalizowanymi, często jednooddziałowymi. Szpitale publiczne to organizacje o dość zróżnicowanych strukturach organizacyjnych i zróżnicowanym przedmiocie działalności.

W ostatnich jedenastu latach (2000–2011) nastąpiły znaczące zmiany w strukturze jednostek organizacyjnych świadczących usługi zdrowotne. Liczba szpitali niepublicznych wzrosła ponad ośmiokrotnie (z 38 do 313). Liczba łóżek w jednostkach niepublicznych wzrosła osiemnastokrotnie, przy spadku ogólnej liczby łóżek o 4,5%. Przeciętny szpital niepubliczny dysponował w roku 2011 91,1 łózkami, podczas gdy w 2000 r. posiadał średnio 42 łóżka. Równocześnie liczba łóżek w szpitalach publicznych spadła ze 189 707 do 156 001, czyli o 17,8% (tabele 1 i 2). Średnia liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców nieznacznie się obniżyła, przy czym znacząco wzrosła w zakładach niepublicznych. Mimo to Polska wyprzedza takie kraje jak: Francja (37 łóżek na 10 tys. mieszkańców), Wielka Brytania (22 łóżka), Kanada (28 łóżek) czy USA (27 łóżek) [Folland

i in. 2011, s. 844].

Tab. 1. Potencjał usługowy w zakresie świadczeń medycznych i jego wykorzystanie w Polsce w roku 2011

Lp.	Wyszczególnienie	Ogółem	Publiczne	Niepubliczne
1.	Szpitala	830	517	313
2.	Liczba łóżek	184 514	156 001	28 513
3.	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców	48	40,6	7,4
4.	Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców	35,4	21,4	13,9
5.	Pielęgniarki na 10 tys. mieszkańców	73,3	50,3	35,2
6.	Liczba pacjentów	8 054 336	6 816 536	1 237 800
7.	Wykorzystanie łóżek w dniach	244,9	248,7	221,4
8.	Średni pobyt pacjenta w szpitalu w dniach	5,5	5,6	5,1

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych *Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa 2012, ss. 81, 84 i 98.

Tab. 2. Potencjał usługowy w zakresie świadczeń medycznych i jego wykorzystanie w Polsce w roku 2000

Lp.	Wyszczególnienie	Ogółem	Publiczne	Niepubliczne
1.	Szpitala	752	714	38
2.	Liczba łóżek	191 290	189 707	1 583
3.	Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców	49,5	0,4	49,1
4.	Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców	32,9	22,0	.
5.	Pielęgniarki na 10 tys. mieszkańców	88,2	49,1	.
6.	Liczba pacjentów	6 348 751	6 278 065	70 686
7.	Wykorzystanie łóżek w dniach	265,8	277,7	254,4
8.	Średni pobyt pacjenta w szpitalu w dniach	8,4	8,5	5,9

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa 2001, ss. 52, 90 i 92.

Istotny wpływ na potencjał usługowy jednostek zajmujących się ochroną zdrowia ma personel medyczny (lekarze i personel pomocniczy). W analizowanym okresie ogólna liczba lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu na 10 tys. mieszkańców wzrosła o 7,6%, pielęgniarek zaś spadła o prawie 15%. Porównując natomiast zatrudnionych lekarzy i pielęgniarki w publicznych szpi-

talach zauważa się spadek liczby zatrudnionych lekarzy w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców o ponad 4% oraz wzrost zatrudnienia pielęgniarek o 2,4%. Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców w Polsce jest porównywalna z Niemcami (35 lekarzy) i Francją (34 lekarzy). Relatywnie mniej lekarzy jest w Kanadzie (21), USA (24) i Wielkiej Brytanii (25) [Folland i inni 2011, s. 844].

W wypadku pielęgniarek sytuacja jest inna. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców w Polsce jest porównywalna z Kanadą (88), natomiast jest niższa niż w takich krajach jak Niemcy (93), USA (10,5), Wielka Brytania (11,9). Relatywnie mniejsza liczba pielęgniarek jest we Francji (76) [Folland i inni 2011, s. 844].

Wykorzystanie potencjału usługowego i efektywność techniczna usług zdrowotnych

Analizując wykorzystanie potencjału usługowego, zauważa się z jednej strony spadek tego wykorzystania (spadek wskaźnika wykorzystania łóżek w dniach), z drugiej zaś wzrost efektywności (skuteczności) procesu leczniczego (skrócenie średniego okresu pobytu pacjentów w szpitalu). Intensyfikacja procesu leczniczego przyczyniła się do znaczącego wzrostu liczby leczonych pacjentów. W badanym okresie liczba ta wzrosła o mniej więcej 27%. Fakt ten w powiązaniu z informacją o spadku liczby lekarzy zatrudnionych w publicznej służbie zdrowia świadczy o wzroście produktywności pracowników medycznych i tym samym wzroście potencjału usługowego tego sektora [Folland i inni 2011, s. 587]. Można byłoby sądzić, że dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych uległ znaczącej poprawie.

Ocena taka stoi w sprzeczności z odczuciami społecznymi. Obowiązujący system opieki zdrowotnej w Polsce jest powszechnie krytykowany, zarówno przez pacjentów, jak i środowisko pracowników medycznych. Kolejka oczekujących na świadczenia medyczne wydłuża się (dotyczy to i wizyty u specjalistów, i leczenia szpitalnego). NFZ limituje dostęp do usług medycznych. Powstaje sytuacja, w której wydłużającym się kolejkom towarzyszy niewykorzystany potencjał usługowy. Wykorzystanie tego potencjału spadło w szpitalach publicznych średnio z 76,1% do 70%, zaś w szpitalach prywatnych z 67,9% do 60,7%. Rezultatem tej sytuacji jest nie tylko ograniczenie dostępu pacjentów do świadczeń medycznych, lecz także wzrost ich kosztów.

W kosztach usług zdrowotnych dominujący udział mają koszty o charakterze stałym. W 2011 r. ich udział w kosztach operacyjnych szpitali szacuje się na mniej więcej 57% [Biuletyn 2012, s. 121]¹. Średni koszt stały związany z leczeniem jednego pacjenta w 2011 r. w szpitalach publicznych wyniósł 2 255

¹ Obliczenia własne. Do kosztów stałych zaliczono: koszty amortyzacji, koszty wynagrodzeń, ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń na rzecz pracowników oraz podatki i opłaty.

zł. Gdyby wykorzystanie potencjału usługowego tych szpitali utrzymano na poziomie roku 2000, wówczas koszty te byłyby niższe o 209 zł. Ponadto z leczenia szpitalnego mogłoby dodatkowo skorzystać 590 tys. osób. Gdyby jednak wykorzystanie łóżek szpitalnych zwiększyć do np. 85%, wówczas takie leczenie byłoby dostępne dodatkowo dla ok. 1,5 mln pacjentów, a średnie koszty stałe na jednego pacjenta byłyby niższe o 422 zł. Są to wyliczenia uproszczone, tym niemniej wskazujące na skalę problemu.

Przedstawiona wyżej sytuacja to dowód tzw. nieefektywności technicznej. Oznacza ona, że zakłady opieki zdrowotnej świadczą mniej usług niż to wynika z kombinacji posiadanych zasobów [Goodman i inni 2008, s. 223]. Pracownicy nie wykorzystują w pełni swoich możliwości, często współpraca między nimi pozostawia wiele do życzenia, a z posiadanego wyposażenia nie uzyskuje się optymalnej wydajności. Rezultatem tego zjawiska są nie tylko złe wyniki ekonomiczne jednostek organizacyjnych opieki zdrowotnej. Poważniejsze są skutki społeczne. Ograniczona dostępność do możliwych badań diagnostycznych czy opóźnione procesy lecznicze niekorzystnie wpływają na ogólny stan zdrowia społeczeństwa. Powstaje dylemat, jak finansować świadczenia medyczne, by zapewnić racjonalne wykorzystanie posiadanego potencjału usługowego.

Finansowanie usług zdrowotnych

Skuteczność społecznego ubezpieczenia zdrowotnego zależy od rozwiązań systemowych. W wielu wypadkach, w tym również w Polsce, jest to system jednego płatnika. Doświadczenia wielu krajów – np. Wielkiej Brytanii, Kanady i Polski – wskazują na relatywnie niską jego skuteczność. Wynika to z faktu, że w systemie tym (podobnie jak w wypadku finansowania budżetowego) system świadczeń zdrowotnych postrzegany jest jako darmowy [Goodman i inni 2008, s. 186]. Pojawia się pokusa nadużycia (*moral hazard*), czyli nadmiernego korzystania z usług. Rośnie z tego tytułu obciążenie lekarzy pierwszego kontaktu. Jak podkreślają specjaliści, w krajach, gdzie istnieją obowiązkowe ubezpieczenia społeczne, występuje tendencja do szybkiego rozwoju rutynowych usług medycznych [Goodman i inni 2008, s. 176]. Równocześnie dochodzi do reglamentacji wizyt u specjalistów. Rezultatem są wydłużające się kolejki na ich świadczenia. Powstają sytuacje, w których dostępność wymienionych usług jest niższa w porównaniu z ich potencjałem (podażą). Jest to w głównej mierze rezultatem monopsonowej pozycji płatnika.

W systemie tym pacjent nie jest klientem, o którego musieliby zabiegać świadczeniodawcy. Jego sytuacja zależy od decyzji urzędniczych. Wielu autorów uważa, że podstawowym mankamentem tego systemu jest nadmierna troska o zdrowych, niewystarczająca zaś dbałość o chorych [Goodman i inni 2008, s. 307]. W wypadku ubezpieczeń społecznych i systemu jednego płat-

nika wytwórcy usług medycznych konkurują o kontrakty, a nie o pacjentów. Duży wpływ na skuteczność tego rozwiązania ma system kontraktowania świadczeń u wykonawców usług medycznych oraz poziom i relacje cenowe między poszczególnymi usługami. Istnieje prawdopodobieństwo, że struktura kontraktów nie będzie dostosowana do struktury potrzeb. Przykładów takiego niedostosowania dostarcza dotychczasowa praktyka funkcjonowania NFZ w Polsce. Z uwagi na zasoby finansowe ogranicza się dostęp do bardziej kosztownych technologii medycznych. Sytuację mogą pogarszać złe relacje cenowe. Uważa się choćby, że wycena niektórych wyspecjalizowanych procedur medycznych (np. kardiochirurgicznych) jest przeszacowana, natomiast wiele innych jest niedoszacowanych.

Innym rozwiązaniem jest rynek prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych (wielu prywatnych ubezpieczycieli). Warunkiem jego funkcjonowania jest odpowiednia liczba osób zainteresowanych wykupieniem polis ubezpieczeniowych po cenie zapewniającej ubezpieczycielom pokrycie kosztów administracyjnych i osiągnięcie odpowiedniego zysku. Zainteresowanie tymi ubezpieczeniami zależy od awersji do ryzyka oraz dochodów osobistych. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że spora część populacji nie jest zainteresowana takim ubezpieczeniem. Dotyczy to w szczególności społeczeństw mniej zamożnych¹. Zaletą tego rozwiązania jest wzrost konkurencyjności na rynku usług zdrowotnych. Wadą natomiast, oprócz możliwości wykluczenia pewnej części populacji z systemu ubezpieczeniowego, jest wzrost kosztów administracyjnych w stosunku do systemu jednego płatnika.

Usługi zdrowotne mogą być nabywane również na zasadach pełnej odpłatności, podobnie jak większość dóbr na rynku. Klient (pacjent) zakupuje stosowną usługę w miarę potrzeb, pokrywając jej cenę z dochodów osobistych. Podobnie jak w poprzednim rozwiązaniu część populacji może być pozbawiona, z uwagi na niskie dochody, dostępu przynajmniej do części usług medycznych (tych bardziej kosztownych). Dlatego współczesne państwa uważają ochronę zdrowia swoich obywateli za ważny społecznie interes i przejmują na siebie obowiązek podejmowania stosowanych działań, niezależnie od ich opłacalności [Pasowicz, Mikos 2012, s. 215]. W tym celu dostęp do usług medycznych zabezpieczany jest albo w drodze finansowania budżetowego, albo w systemie obowiązkowych ubezpieczeń społecznych.

Dość powszechnie uważa się, że wąskim gardłem poprawy efektywności w ochronie zdrowia w Polsce są ograniczone zasoby finansowe. Są to najczęściej wyrażane opinie menedżerów służby zdrowia. Warto jednak zauważyć, że w latach 2000–2010 wydatki z funduszu ubezpieczeń zdrowotnych wzrosły

¹ Jak wykazują badania, elastyczność cenowa i dochodowa popytu na ubezpieczenia zdrowotne jest nieco wyższa niż na ubezpieczenia majątkowe [Bednarczyk 2012, s. 99].

o ponad 50%¹, podobnie wydatki z budżetu państwa (stanowiły one niewielki procent w porównaniu z wydatkami z funduszy ubezpieczeniowych) wzrosły o prawie 50%, wydatki samorządów zaś o 14%, przy średnim wskaźniku wzrostu cen usług medycznych (w tym samym okresie) o 35,2%. Równocześnie wydatki gospodarstw domowych (średnio na jedną osobę wzrosły o 78% [Rocznik 2012, s. 285 i 638]. Oznacza to znaczący wzrost realnych wydatków na ochronę zdrowia. Wzrostowi temu nie towarzyszy adekwatny wzrost dostępności usług medycznych. Problem nie leży więc wyłącznie w poziomie nakładów na opiekę zdrowotną. Wysokie wydatki mogą doprowadzić do trzech sytuacji: wysokiej jakości usług medycznych, wysokich kosztów posiadanych zasobów, niekoniecznie dobrze wykorzystywanych oraz nieefektywnie świadczonych usług. Tylko w pierwszym wypadku wysokie nakłady mogą mieć uzasadnienie, przy czym ich efektywność zależy od relacji między tempem poprawy jakości świadczonych usług a tempem wzrostu wydatków. W pozostałych dwóch przypadkach występuje zjawisko marnotrawienia zasobów.

W Polsce wydatki na ochronę zdrowia są nieproporcjonalnie wysokie w stosunku do otrzymywanych przez pacjentów świadczeń. Dlatego rodzą się pytania nie tylko odnośnie do wysokości środków finansowych na opiekę zdrowotną i możliwości ich zwiększenia, lecz także racjonalności ich wydatkowania oraz konieczności poprawy relacji między wydatkami na ochronę zdrowia a jej efektami [Morris i inni 2012, ss. 391–423].

Problemów tych nie rozwiąże się tylko poprzez komercjalizację i prywatyzację publicznych szpitali. Z tego tytułu nie przybędzie środków finansowych. Poprawić się może wykorzystanie tych środków, jeżeli skomercjalizowane zakłady (szpitale) poddane zostaną głębokiej restrukturyzacji. Jednakże sama restrukturyzacja, bez zmiany zasad finansowania usług medycznych, będzie niewystarczająca. Konieczne wydają się dwa kierunki zmian. Pierwszy dotyczy zasad kontraktowania usług w ramach obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych, drugi zaś – wprowadzenia współpłatności pacjentów za otrzymywane świadczenia.

Wprowadzenie współpłatności za świadczenia medyczne jest rozwiązaniem praktykowanym w wielu krajach, między innymi w Niemczech i Czechach. Konieczność wniesienia określonej opłaty², nawet relatywnie niskiej, mogłaby

¹ Według danych sprawozdawczych Narodowego Funduszu Zdrowia.

² Wysokość opłaty powinna być rzeczywiście niewysoka, by nie doprowadzić do nieuzasadnionego wykluczenia grupy ludności o najniższym uposażeniu. Dotyczyć ona może nie tylko wizyt lekarskich, lecz także niektórych standardowych procedur medycznych realizowanych w systemie szpitalnym lub ambulatoryjnym. Pozwoliłoby to na wygospodarowanie większych zasobów pieniężnych na finansowanie drogich procedur koniecznych przy leczeniu np. nowotworów, schorzeń kardiologicznych itp. Procedury te powinny być objęte w całości ubezpieczeniem obowiązkowym. Przy rozwiązywaniu tych problemów nie można jednak pomijać

zmienić mentalność pacjentów i ograniczyć zapotrzebowanie na usługi niemające wystarczającego uzasadnienia w stanie zdrowia. Nie należy wykluczać również rozwiązania, w którym niektóre rodzaje usług, wynikające z nieuzasadnionego narażania własnego zdrowia, nie byłyby objęte ubezpieczeniami obowiązkowymi (np. leczenie powypadkowe, gdy wypadek był skutkiem dobrowolnego wyboru przez człowieka ekstremalnych warunków działania). W takich wypadkach leczenie mogłoby być finansowane tylko z ubezpieczeń dobrowolnych lub dochodów prywatnych. Podobny problem dotyczy finansowania kosztów hotelowych związanych z pobytem pacjentów w szpitalach. Pacjent, przebywając w domu, musi za swoje utrzymanie płacić. Nie ma wystarczających powodów, by nie pokrywał kosztów hotelowych.

Podsumowanie

Mimo rosnących nakładów na ochronę zdrowia w Polsce nie następuje wzrost satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług medycznych. Równocześnie potencjał usługowy zarówno publicznych, jak i prywatnych zakładów opieki zdrowotnej wykorzystany jest w granicach 67–70%. Przyczyn takiego stanu często upatruje się w niewystarczających zasobach finansowych, jakie przeznacza się na opiekę zdrowotną. Autorzy takich opinii najczęściej powołują się na udział wydatków na zdrowie w PKB. Doświadczenia różnych krajów wskazują jednak, że efektywność systemu opieki zdrowotnej zależy nie tylko od wysokości nakładów finansowych.

Nie mniejsze znaczenie mają zasady finansowania usług zdrowotnych. Powinny one z jednej strony sprzyjać upodmiotowieniu pacjentów, z drugiej zaś racjonalizacji popytu na usługi medyczne. Ograniczoność środków, jakie są gromadzone w ramach obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, wymaga wprowadzenia dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń oraz zasady współpłacenia pacjentów za wiele świadczeń zdrowotnych. W Polsce współpłatność dotyczy jedynie leków aplikowanych poza leczeniem szpitalnym. Dlatego należy rozważyć celowość rozszerzenia zakresu współpłatności za porady lekarskie, za niektóre procedury szpitalne i ambulatoryjne, czy też za koszty hotelowe związane z pobytem pacjentów w szpitalach.

Bibliografia:

Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia (2012), Warszawa.

Folland S., Goodman J.C., Stano M. (2011), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, wyd. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa..

problemów sprawiedliwości w systemie ochrony zdrowia oraz związanych z nią problemów etycznych. Nie są one jednak przedmiotem rozważań w niniejszym opracowaniu.

-
- Horosz P., Grzesiak-Horosz A., Skowron K. (2012), *Skomercjalizowane szpitale w obrocie gospodarczym*, wyd. ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Jeżowski P., *Wprowadzenie do zarządzania w sektorze publicznym*, w: Korporowicz V. (red) (2012), *Zarządzanie systemem ochrony zdrowia*, wyd. SGH, Warszawa.
- Korporowicz V. (2012), *Zdrowie w teorii ekonomii*, w: Korporowicz V. (red), *Zarządzanie systemem ochrony zdrowia*, wyd. SGH, Warszawa.
- Morris S., Devlin N., Parkin D. (2012), *Ekonomia w ochronie zdrowia*, wyd. ABC a Wolters a Kluwer business, Warszawa .
- Goodman J. C., Musgrave G. L., Herrick D. M. (2008), *Jak uzdrowić służbę zdrowia*, Fijor Publishing, Chicago – Warszawa.
- Pasowicz M., Mikos A. (2012), *Misja publiczna szpitali a rynek usług medycznych*, w: Nojszewska E., *Racjonalizacja kosztów w ochronie zdrowia*, wyd. ABC a Wolters Kluwers business, Warszawa.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2010*, (2012) wyd. GUS, Warszawa.

Małgorzata Paszkowska

Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

Ubezpieczenia obowiązkowe szpitali – aspekty prawne i praktyczne

Hospitals' insurance – law and practical aspects

Abstract: After changing the law, every hospital from January 1, 2012 must have civil liability insurance. In addition, from 2014 hospitals will further must have medical insurance events. New insurance are associated with high costs for hospitals. The purpose of this article is to introduce new obligatory insurance for hospitals covered in the Act on medical from 2011. In addition, provide ways to reduce the cost of insurance for hospitals.

Keywords: hospital, insurance, civil liability, medical event, the cost of premiums.

Wprowadzenie

Fundamentalną podstawą prawną regulującą zasady prowadzenia działalności leczniczej w Polsce jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. z 2013, nr 217), zwana dalej UDL. Po wejściu w życie powyższej ustawy, tj. od dnia 1 lipca 2011 r., uległy zmianie warunki prowadzenia działalności leczniczej w Polsce¹, m.in. zostały nałożone nowe obowiązki w zakresie ubezpieczeń na świadczeniodawców medycznych. Zmiany normatywne mają istotny wpływ na finanse szpitali zobowiązanych do płacenia znacznie wyższych składek. Zgodnie z powyższą ustawą działalność leczniczą (czyli udzielanie świadczeń zdrowotnych) mogą prowadzić tylko tzw. podmioty wykonujące działalność leczniczą i tylko po spełnieniu wymogów określonych ustawowo. Do

¹ Szerzej zmiany dla świadczeniodawców medycznych: M. Paszkowska (2012), *Podstawy prawne działalności leczniczej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne” nr 8/2012.

podmiotów wykonujących działalność leczniczą ustawa zalicza: podmioty lecznicze (przedsiębiorcy, SPZOZ-y itd.) i praktyki zawodowe (lekarzy, pielęgniarek, położnych). Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 9 UDL szpital to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczeń szpitalnych. Natomiast świadczenia szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godz. W świetle ustawy o działalności leczniczej (art.17 pkt.4) każdy szpital ma obowiązek posiadać m.in. umowę ubezpieczenia:

1. odpowiedzialności cywilnej,
2. na rzecz pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych określonych w przepisach o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Posiadanie powyższych umów stanowi obligatoryjny ustawowy warunek działalności szpitala, co w praktyce oznacza, że każdy szpital na początku (jest to niezbędne do jego rejestracji) i w trakcie całej swojej działalności powinien posiadać powyższe ubezpieczenia (z tym że w przypadku tego drugiego dopiero od 2014 r.). Celem artykułu jest przedstawienie nowych obowiązkowych ubezpieczeń dla szpitali uregulowanych w ustawie o działalności leczniczej, a także wskazanie możliwości związanych ze zmniejszeniem kosztów tych ubezpieczeń

Umowa ubezpieczenia

Jedną z form zarządzania ryzykiem są ubezpieczenia. Ubezpieczenia dzielą się generalnie na majątkowe (np. od odpowiedzialności cywilnej) i osobowe (np. NNW). Przedmiotem ubezpieczenia majątkowego może być każdy interes majątkowy, który nie jest sprzeczny z prawem i daje się ocenić w pieniądzu. Celem ubezpieczenia majątkowego jest wyrównanie uszczerbku w majątku ubezpieczającego, spowodowanego wypadkami ubezpieczeniowymi przewidzianymi w umowie ubezpieczenia. Ubezpieczenia osobowe różnią się od ubezpieczeń majątkowych przede wszystkim przedmiotem ochrony, jakim jest życie i zdrowie ubezpieczonych, a więc ich dobra osobiste. Warunki wykonywania działalności w zakresie ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych określa przede wszystkim ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. nr 124, poz. 1151 z późn. zm.). Czynnościami ubezpieczeniowymi są m.in.:

1. zawieranie umów ubezpieczenia, umów reasekuracji lub umów gwarancji ubezpieczeniowych lub zlecanie ich zawierania uprawnionym pośrednikom ubezpieczeniowym, a także wykonywanie tych umów,
2. składanie oświadczeń woli w sprawach roszczeń o odszkodowania,
3. ustalanie składek i prowizji należnych z tytułu zawieranych umów,
4. ocena ryzyka w ubezpieczeniach osobowych i ubezpieczeniach majątkowych oraz w umowach gwarancji ubezpieczeniowych,
5. wypłacanie odszkodowań i innych świadczeń należnych z tytułu zawartych umów.

Podstawą do objęcia klienta/szpitala ubezpieczeniem (ochroną ubezpieczeniową) jest zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczycielem. Umowa ubezpieczenia uregulowana jest w kodeksie cywilnym (art. od 805 do 834). Kodeks cywilny normuje wyłącznie umowę ubezpieczenia w sposób ogólny, ze względu na rozbudowanie różnych rodzajów ubezpieczeń wymagające stosowania wielu rozwiązań specjalistycznych. Jest to umowa, na której podstawie ubezpieczyciel w zakresie działania swojego przedsiębiorstwa zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Umowa ubezpieczenia jest umową nazwaną, należąca do kategorii umów dwustronnie zobowiązujących i odpłatnych. Ponadto jest umową konsensualną (czyli do jej zawarcia potrzebne jest tylko zgodne oświadczenie woli obu stron) i adhezyjną (czyli z reguły zawiera się ją, przystępując do zaproponowanych warunków). W stosunku ubezpieczeniowym występują zasadniczo trzy podmioty, tj.: ubezpieczyciel, ubezpieczający i ubezpieczony. Ubezpieczycielem jest podmiot (zakład ubezpieczeń), który w drodze umowy bierze na siebie ryzyko poniesienia określonych w umowie konsekwencji wypadku ubezpieczeniowego. Zgodnie z ustawą ubezpieczeniową zakład ubezpieczeń może funkcjonować tylko w formie spółki akcyjnej lub towarzystwa ubezpieczeń wzajemnych. Zakład ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności, jest towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych. Ubezpieczający to podmiot, który zawiera umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem. Może nim być każda osoba fizyczna lub prawna. Ubezpieczony to osoba, której dobro (mienie, zdrowie, życie) zostało objęte umową ubezpieczenia. Najczęściej ubezpieczającym i ubezpieczonym jest ta sama osoba. Ubezpieczający ma prawo wyboru ubezpieczyciela. Podstawowe świadczenia stron stosunku ubezpieczeniowego obejmują:

1. świadczenie pieniężne ubezpieczającego, którym jest zapłata składki ubezpieczeniowej,
2. świadczenie pieniężne zakładu ubezpieczeń, którym jest zapłata umówionego odszkodowania lub świadczenia.

Wysokość składek ubezpieczeniowych ustala zakład ubezpieczeń po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Składkę ubezpieczeniową ustala się w wysokości, która powinna co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń. Składka ubezpieczeniowa powinna być ustalana według kryteriów przedstawionych w ogólnych warunkach ubezpieczenia, zwłaszcza w zakresie zniżek lub podwyższeń kwot zasadniczych. Składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jeżeli umowa doszła do skutku przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia – w ciągu czternastu dni od jego doręczenia. Zakład ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku dokonanych ustaleń albo zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty. Ubezpieczyciel zobowiązany jest zasadniczo spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Zgodnie z art. 809 par. 2 kodeksu cywilnego umowa ubezpieczenia powinna być potwierdzona przez zakład ubezpieczeń polisą. Polisa jest to dokument sporządzony przez ubezpieczyciela na odpowiednim formularzu, zawierający istotne postanowienia zawartej umowy ubezpieczenia. Polisa powinna być dokumentem zawierającym w sobie taką treść, z której jednoznacznie wynika, kto, przez kogo oraz w jakim zakresie jest ubezpieczony. Jednakże w świetle wyroku Sądu Najwyższego z dnia 25 maja 2005 r. (I CK 744/2004) „polisa ubezpieczeniowa nie jest warunkiem istnienia umowy ubezpieczeniowej, ponieważ nie przewidują tego żadne przepisy. Brak jej wystawienia i doręczenia nie przesądza więc o niezawarciu umowy”. Zgodnie z art. 812 par. 1 kodeksu cywilnego przed zawarciem umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma obowiązek doręczyć ubezpieczającemu tekst ogólnych warunków ubezpieczenia. Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) są to uchwalane przez zakłady ubezpieczeń warunki, na jakich zakład przyjmuje do ubezpieczenia zgłaszane przez klienta ryzyko. W OWU są opisane sytuacje, w których zakład ubezpieczeń może nie wypłacić odszkodowania bądź je odpowiednio zmniejszyć. W OWU również wyliczone są sytuacje, kiedy w przypadku wystąpienia szkody zakład nie ponosi odpowiedzialności. OWU określają również obowiązki ciężące na ubezpieczonym i konsekwencje ich nieprzestrzegania. OWU mają charakter wzorca umownego w odniesieniu do danego rodzaju ubezpieczeń i wpływają istotnie na treść stosunku zobowiązaniowego.

Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej

Istotą ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej jest zabezpieczenie interesów osoby poszkodowanej poprzez zwiększenie prawdopodobieństwa uzyskania należnego jej odszkodowania od drugiego – obok sprawcy szkody – dłużnika, którym jest zakład ubezpieczeń. Innym celem tego ubezpieczenia (ważniejszym w aspekcie finansów każdego szpitala) jest zabezpieczenie majątku ubezpieczonego (sprawcy szkody) przed jego uszczupleniem na skutek wypłaty odszkodowania z tytułu wyrządzonej szkody. Kwestia odpowiedzialności cywilnej jest bardzo istotna w praktyce, a także kosztochłonna dla szpitali, przeciwko którym stale zwiększająca się w ostatnich latach liczba pacjentów kieruje wnioski o zapłatę coraz to wyższych świadczeń pieniężnych. Środkiem ochrony finansów szpitala jest zawieranie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej. Problemem natomiast jest wysokość składki i ewentualne podwyższenie sumy ubezpieczenia. Ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej może być dobrowolne lub obowiązkowe. O tym, jaki ma ono charakter, decydują przepisy ustawowe lub umowy międzynarodowe, które nakładają obowiązek zawarcia takiego ubezpieczenia.

Do końca grudnia 2011 r. ubezpieczenie OC dla świadczeniodawców medycznych miało charakter zasadniczo dobrowolny. Obowiązek w zakresie ubezpieczenia OC dotyczył jedynie świadczeniodawców mających zawarty tzw. kontrakt (czyli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) z Narodowym Funduszem Zdrowia. W praktyce prawie wszystkie szpitale miały taką umowę. Natomiast od 1 stycznia 2012 r., zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (art. 17 ust. 1 pkt 4), każdy podmiot leczniczy – w tym prowadzący szpital – musi posiadać obligatoryjnie umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej i to niezależnie od posiadania lub braku kontraktu z NFZ. Ubezpieczenie to jest ubezpieczeniem obowiązkowym, dlatego mają do niego zastosowanie przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152 z późn. zm.). Z obowiązkowego charakteru tego ubezpieczenia wynika ograniczenie stron umowy ubezpieczenia w kształtowaniu zarówno treści umowy, jak i samego ubezpieczenia. Zgodnie z art. 25 UDL umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych. Ubezpieczenie dotyczy potencjalnych szkód, które mogą powstać w przyszłości w związku z działalnością leczniczą prowadzoną przez ubezpieczonego (np. szpital). Ubezpieczenie obejmuje szkody powstałe zarówno w wyniku działania (udzielania świadczeń zdrowotnych), jak i zaniechania (zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, czyli niepodjęcia ich

w ogóle bądź zaprzestania ich udzielania). Szkoda objęta ubezpieczeniem może być wyrządzona jedynie nieumyślnie, w tym także na skutek rażącego niedbalstwa. Szkoda wyrządzona z winy umyślnej (tj. gdy sprawca chce wyrządzić szkodę lub gdy przewiduje, że jego działanie może wyrządzić szkodę i na to się godzi) nie jest objęta ubezpieczeniem.

Ubezpieczenie obowiązkowe odpowiedzialności cywilnej powstaje w wyniku zawarcia umowy między ubezpieczającym a zakładem ubezpieczeń. Umowa ubezpieczenia musi zostać zawarta zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawowymi (np. umowa musi zostać zawarta nie później niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej) – oraz suma gwarancyjna wskazana w umowie nie może być niższa od minimalnej sumy gwarancyjnej przewidzianej dla podmiotu leczniczego i rodzaju udzielanych przez niego świadczeń zdrowotnych. Zakres ochrony ubezpieczeniowej wyznaczony jest kwotowo za pomocą sumy gwarancyjnej. Suma gwarancyjna stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela za szkody wyrządzone osobom trzecim przez ubezpieczonego lub osoby, za które ponosi on odpowiedzialność. Zobowiązanie ubezpieczyciela dotyczy szkód, które zostały wyrządzone w okresie obowiązywania umowy. Oznacza to, że odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa dopiero w razie całkowitego wyczerpania sumy gwarancyjnej w następstwie wypłaty odszkodowania albo z upływem terminu przedawnienia roszczenia o naprawienie szkody.

Szczegółowy zakres ubezpieczenia, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalna suma gwarancyjna są określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729). Minimalna wysokość sumy gwarancyjnej obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej dla podmiotu leczniczego jest określona w powyższym rozporządzeniu i zgodnie z jego par. 3 została ona uzależniona od rodzaju wykonywanej działalności leczniczej przez podmiot leczniczy. Dla podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarnego i całodobowego szpitalnego świadczenia zdrowotnego wynosi ona 100 tys. euro w odniesieniu do jednego zdarzenia i 500 tys. euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawartą przez ten podmiot. Dla porównania można wskazać, że w obowiązującym do 31 grudnia 2011 r. ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej podmiotów leczniczych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia minimalna suma gwarancyjna określona w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy

udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 3, poz. 10) wynosiła równowartość w złotych 46,5 tys. euro na jedno zdarzenie i 275 tys. euro na wszystkie zdarzenia, których skutki były objęte umową ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

Wprowadzenie powszechnego obowiązku ubezpieczenia dla świadczeniodawców, w tym określenie stosunkowo wysokiej sumy minimalnej ubezpieczenia, należy uznać za słuszne rozwiązanie zarówno w interesie pacjentów, jak i samych szpitali. Co prawda w konsekwencji szpital musi ponosić regularnie koszt składki, jednakże w przypadku zajścia niekorzystnego zdarzenia jest zasadniczo wolny od zapłaty na rzecz pacjenta. Wypłata chociażby jednego odszkodowania przez szpital bezpośrednio stanowiłaby dla niego z reguły znacznie większe obciążenie finansowe niż składka na ubezpieczenie. Obowiązkowa suma ubezpieczenia dla szpitala jest z góry przez prawodawcę określona, ale różnie kształtują się wysokości składek. Dlatego też za obowiązek dobrego menedżera szpitala należy uznać wyszukanie najkorzystniejszej oferty wśród różnych oferowanych na rynku przez ubezpieczycieli. Przez ofertę najkorzystniejszą dla szpitala nie należy rozumieć tylko oferty o najniższej składce. Ocenie powinien podlegać całokształt jej warunków, w tym np. możliwość szkoleń czy audytu na koszt ubezpieczyciela. Ponadto szpital może się dobrowolnie ubezpieczyć dodatkowo w zakresie OC.

Ubezpieczenie z tytułu zdarzeń medycznych

Drugim o charakterze obowiązkowym – zdaniem autorki – ubezpieczeniem dla szpitala w świetle ustawy o działalności leczniczej jest ubezpieczenie z tytułu tzw. zdarzeń medycznych. W dniu 1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (dalej UPP) oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 113 poz. 660). Wskutek nowelizacji do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta dodano rozdział 13 a (art. 67 a – 67 o) zatytułowany „Zasady i tryb ustalania odszkodowania i zadośćuczynienia w przypadku zdarzeń medycznych”. Nowelizacja ustaliła nowe zasady dochodzenia roszczeń w związku z tzw. błędami medycznymi, które w ustawie nazywane są zdarzeniami medycznymi. Zgodnie z art. 67 a ustawy o prawach pacjenta za zdarzenie medyczne należy uznać zakażenie pacjenta biologicznym czynnikiem chorobotwórczym, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia pacjenta albo śmierć pacjenta będące następstwem niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną:

1. diagnozy, jeżeli spowodowała ona niewłaściwe leczenie albo opóźniła właściwe leczenie, przyczyniając się do rozwoju choroby,

2. leczenia, w tym wykonania zabiegu operacyjnego,
3. zastosowania produktu leczniczego lub wyrobu medycznego.

Przepisy dotyczące zdarzeń medycznych mają zastosowanie tylko do zdarzeń medycznych będących następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalu i tylko tych, które wystąpiły od dnia 1 stycznia 2012 r.

Na podstawie ustawy o prawach pacjenta powołane zostały wojewódzkie komisje do spraw orzekania o zdarzeniach medycznych. Komisje te należy uznać za nowy organ w systemie ochrony praw pacjenta o charakterze pozasądowym. Mają one za zadanie rozstrzygać roszczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych, a ściślej – orzekać o tym, czy do takiego zdarzenia doszło. Postępowanie w sprawie ustalenia zdarzenia medycznego w trybie administracyjnym wszczynane jest na wniosek pacjenta (jego przedstawiciela ustawowego). Wniosek można wnieść w terminie 1 roku od dnia, w którym podmiot składający wniosek dowiedział się o zakażeniu, uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia albo nastąpiła śmierć pacjenta. Wniosek powyższy powinien zawierać m.in. propozycję wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia (jednakże nie wyższą niż 100 tys. zł lub w przypadku śmierci 300 tys. zł). Kompletny i należycie opłacony (200 zł) wniosek wojewódzka komisja przekazuje kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z którego działalnością wiąże się wniosek, oraz ubezpieczycielowi (z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital zawarł umowę ubezpieczenia). Kierownik tego podmiotu i ubezpieczyciel przedstawiają stanowisko w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku wraz z dowodami na poparcie swojego stanowiska. Nieprzedstawienie stanowiska jest równoznaczne z akceptacją wniosku w zakresie dotyczącym okoliczności w nim wskazanych oraz proponowanej wysokości odszkodowania i zadośćuczynienia. Wojewódzka komisja działa na posiedzeniach. W posiedzeniach wojewódzkiej komisji, co istotne, może uczestniczyć podmiot składający wniosek oraz przedstawiciel:

1. kierownika podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, z którego działalnością wiąże się wniosek o ustalenie zdarzenia medycznego;
2. ubezpieczyciela, z którym podmiot leczniczy prowadzący szpital zawarł umowę ubezpieczenia.

Za wskazane należy uznać korzystanie przez szpital z powyższego uprawnienia i wysyłanie np. prawnika zajmującego się obsługą prawną szpitala na każde posiedzenie komisji wojewódzkiej, a także ścisłą współpracę z ubezpieczycielem w przedmiotowej sprawie. W postępowaniu przed komisją przeprowadza się postępowanie dowodowe i to je należy uznać za najistotniejsze dla rozstrzygnięcia. Wojewódzka komisja po zakończeniu postępowania (do 4 miesięcy od złożenia wniosku) wydaje orzeczenie o zdarzeniu medycznym

albo jego braku, wraz z uzasadnieniem. Na podstawie art. 67k ust. 11 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zostało wydane obowiązujące od dnia 23 lutego 2012 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lutego 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu oraz warunków ustalania wysokości świadczenia w przypadku zdarzenia medycznego (Dz. U. z dnia 23 lutego 2012 r.). Przedmiotowe rozporządzenie określa szczegółowy zakres i warunki ustalania wysokości świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) oraz jego wysokość w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku poszczególnych rodzajów zdarzeń medycznych. Ubezpieczyciel jest związany orzeczeniem wojewódzkiej komisji w zakresie uregulowanym ustawą. Ubezpieczyciel, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, w terminie 30 dni od dnia doręczenia orzeczenia wojewódzkiej komisji o zdarzeniu medycznym, wydanego w wyniku złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub otrzymania zawiadomienia o bezskutecznym upływie terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy ma przedstawić podmiotowi składającemu wniosek propozycję odszkodowania i zadośćuczynienia. Propozycja nie może być wyższa niż maksymalna wysokość świadczenia (odszkodowania i zadośćuczynienia) określona w ustawie o prawach pacjenta, czyli z tytułu jednego zdarzenia medycznego w odniesieniu do jednego pacjenta w przypadku:

1. zakażenia, uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia pacjenta nie więcej niż 100 tys. zł,
2. śmierci pacjenta – nie więcej niż 300 tys. zł.

Podmiot składający wniosek w terminie 7 dni od dnia otrzymania powyższej propozycji, za pośrednictwem wojewódzkiej komisji, składa ubezpieczycielowi oświadczenie o jej przyjęciu albo odrzuceniu. Wraz z oświadczeniem o przyjęciu propozycji wnioskodawca składa oświadczenie o zrzeczeniu się wszelkich roszczeń o odszkodowanie i zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, mogących wynikać ze zdarzeń uznanych przez wojewódzką komisję za zdarzenie medyczne w zakresie szkód, które ujawniły się do dnia złożenia wniosku. Przyjęta przez wnioskodawcę propozycja odszkodowania i zadośćuczynienia przedstawiona przez ubezpieczyciela stanowi tytuł wykonawczy. W przypadku gdy ubezpieczyciel nie przedstawi w podanym wyżej terminie propozycji odszkodowania i zadośćuczynienia, ubezpieczyciel jest obowiązany do ich wypłaty w wysokości określonej we wniosku. Wtedy wojewódzka komisja wystawia zaświadczenie, w którym stwierdza złożenie wniosku o ustalenie zdarzenia medycznego, wysokość odszkodowania lub zadośćuczynienia oraz fakt nieprzedstawienia propozycji. Zaświadczenie takie stanowi tytuł wykonawczy. Powyższe zasady w zakresie, w jakim dotyczą ubezpieczyciela, stosuje się także, co istotne, do podmiotu leczniczego prowadzącego szpital w przy-

padku wyczerpania sumy ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia lub niezawarcia tej umowy. W rezultacie szpital, który nie zawarł umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych, i tak będzie musiał wypłacać z własnych środków świadczenia dla pacjentów, u których doszło do stwierdzenia zdarzenia medycznego przez komisję wojewódzką. Ponadto jest on zobowiązany do wypłaty na rzecz pacjenta z własnych środków, jeżeli wskutek wcześniejszych postępowań administracyjnych w sprawie zdarzeń medycznych zostanie wyczerpana suma ubezpieczenia.

Od orzeczeń wojewódzkiej komisji ustawodawca nie przewidział możliwości klasycznego odwołania do wyższej instancji. Jednakże zgodnie z art. 67 j ust. 7 UPP w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem podmiotowi składającemu wniosek, kierownikowi podmiotu leczniczego prowadzącego szpital oraz ubezpieczycielowi przysługuje prawo złożenia do wojewódzkiej komisji umotywowanego wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy. Wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy wojewódzka komisja rozpatruje w terminie 30 dni od dnia jego otrzymania. W rozpatrywaniu tego wniosku nie może uczestniczyć członek składu orzekającego, który brał udział w wydaniu zaskarżonego orzeczenia. Druga „ścieżka” zmiany orzeczenia związana jest ze skargą o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia, bowiem wnioskodawca, a także podmiot leczniczy prowadzący szpital oraz ubezpieczyciel mogą w terminie 30 dni od dnia bezskutecznego upływu terminu do złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy lub otrzymania orzeczenia wydanego w wyniku wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy wnieść skargę o stwierdzenie niezgodności z prawem orzeczenia wojewódzkiej komisji. Skargę można oprzeć wyłącznie na naruszeniu przepisów dotyczących postępowania przed wojewódzką komisją. W sprawie skargi orzeka, w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, wojewódzka komisja w składzie sześcioposobowym. Szpital (szczególnie nieposiadający polisy lub gdy jej suma ulegnie wyczerpaniu) powinien korzystać z możliwości ustawowej zmiany niekorzystnego dla siebie orzeczenia komisji, jeżeli oczywiście ma do tego realne przesłanki.

W przeciwieństwie do ubezpieczeń OC warunki ubezpieczenia od zdarzeń medycznych nie podlegają – poza określoną w ustawie minimalną sumą ubezpieczenia oraz limitem kwotowym podlegającym wpłacie na rzecz danego pacjenta – żadnym innym szczegółowym regulacjom ustawowym. Określenie warunków umowy pozostawiono samym zainteresowanym stronom, tj. szpitalom i zakładom ubezpieczeń. Ustawodawca w ustawie o działalności leczniczej uzależnił wysokość sumy ubezpieczenia na rzecz pacjentów od zdarzeń medycznych, od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka (art. 25 ust. 1a UDL). Suma ubezpieczenia w okresie ubez-

pieczenia nie dłuższym niż 12 miesięcy, w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych w szpitalu, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, jest uzależniona od liczby łóżek w szpitalu i sumy ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego oraz wynosi nie mniej niż 300 tys. zł. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego wynosi natomiast nie mniej niż 1 tys. zł. Ustawodawca przewidział dodatkowo możliwość zmniejszenia w określonych wypadkach sumy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia podmiotu leczniczego, który posiada certyfikat akredytacyjny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 418 z późn. zm.) w zakresie leczenia szpitalnego jest pomniejszana w odniesieniu do jednego łóżka szpitalnego o 10%. Dlatego też posiadanie aktualnej akredytacji stanowi ustawowy instrument wpływający na zmniejszenia kosztów składki na omawiane ubezpieczenie. W UDL, co należy podkreślić, przewidziany jest dla jednego pacjenta limit kwotowy. Jest on określony odrębnie na pokrycie szkód związanych z zakażeniem, uszkodzeniem ciała czy rozstrojem zdrowia – do 100 tys. zł oraz odrębnie na wypadek śmierci pacjenta – do 300 tys. zł. Dodatkowo określono maksymalną wysokość świadczenia (łącznie odszkodowania i zadośćuczynienia) na poziomie 1,2 mln zł w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia w odniesieniu do wszystkich zdarzeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową. Za istotne zarówno dla szpitali i pacjentów należy uznać wprowadzenie ustawowego zakazu dokonywania przez zakłady ubezpieczeń ograniczeń sum ubezpieczenia, czyli wyczerpania sum gwarancyjnych. W wypadku możliwości wyczerpania sumy gwarancyjnej mogłoby bowiem dojść do sytuacji pozbawienia pacjenta świadczeń mimo uznania, że doszło do zdarzenia medycznego. Zgodnie z treścią art. 67k ust. 10 UPP konsekwencje finansowe wyczerpania sumy ubezpieczenia ponosi podmiot leczniczy prowadzący szpital, co oznacza, że jest on zobowiązany do dokonania wypłaty należnego pacjentowi świadczenia.

Ubezpieczenie szpitali od zdarzeń medycznych miało być obowiązkowe od 1 lipca 2012 r., jednak zgodnie z przyjętą w czerwcu 2012 r. nowelizacją ustawy o działalności leczniczej prawo zacznie obowiązywać dopiero od 1 stycznia 2014 r. [Art. 11 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej i niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742)]. Jako że obowiązek ubezpieczenia powstanie dopiero od 1 stycznia 2014 r., to obecnie – w okresie do dnia 31 grudnia 2013 r. – ubezpieczenie to jest dobrowolne. Zmiana taka spowodowała niekorzystne skutki dla niektórych „praworządnych” szpitali, które zawarły takie umowy przed wejściem w życie powyższej nowelizacji. Związane jest to z poniesionymi przez nie – mimo braku takiego obowiązku – wysokimi kosztami tego rodzaju umów.

Podsumowanie

Działalność lecznicza związana jest z ryzykiem wystąpienia zdarzeń niepożądanych dla pacjenta. Najczęściej dochodzi do nich w szpitalu. Jednym z instrumentów ochrony dla szpitali są ubezpieczenia. Ponadto stanowią one obowiązek ustawowy – to niezbędny warunek prowadzenia działalności leczniczej. Nowością wprowadzoną przez ustawę o działalności leczniczej jest powszechny od 1 stycznia 2012 r. dla wszystkich świadczeniodawców medycznych obowiązek ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, a także wprowadzenie dla szpitali dodatkowego ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych (obowiązkowego od 1 stycznia 2014 r.). Zmiany prawa spowodowały radykalny wzrost składek ubezpieczeniowych dla szpitali. Celem menedżera szpitala i jego organu założycielskiego powinno być szukanie sposobów na zmniejszenie kosztów tych składek.

Jeśli chodzi o ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, to jego uregulowanie należy ocenić pozytywnie, jednakże ma ono istotny wpływ na sytuację finansową szpitala. Zarządzający szpitalem muszą teraz co roku zabezpieczyć środki finansowe na zapłatę składki z umowy OC. Składki od 2012 r. przewyższają kilkakrotnie płacone w latach poprzednich z uwagi na zmianę przepisów, w tym sumy gwarancyjnej. Przykładowo jeden z wojewódzkich szpitali w roku 2011 zapłacił ubezpieczycielowi składkę w wysokości 30 tys. zł natomiast w roku 2012 – ok. 200 tys. zł. Obowiązkowe ubezpieczenie OC wszystkich podmiotów leczniczych jest słusznym rozwiązaniem i jego konstrukcja prawna nie wzbudza zasadniczo wątpliwości i jako takie obowiązuje od początku 2012 r. Jednakże w praktyce wysokość składki OC żądana przez ubezpieczyciela często nie pozostaje proporcjonalna do faktycznej szkodowości szpitala, co skutkuje m.in. brakiem zainteresowania podjęciem działań z zakresu zarządzania ryzykiem przez szpital.

Inaczej jest natomiast z ubezpieczeniem z tytułu zdarzeń medycznych. Ubezpieczenie to wzbudza bowiem wiele wątpliwości. Jak pokazuje doświadczenie praktyczne autorki, większość menedżerów szpitali liczy na to, że obowiązek w zakresie jego posiadania nie wejdzie ostatecznie w życie. Samo odsuwanie w czasie ostatecznego wejścia w życie tych przepisów sugeruje ich problematyczny charakter oraz negatywne skutki dla szpitali w aspekcie finansowym. Pomijając zastrzeżenia co do racjonalności i prawidłowości uregulowań ustawowych dotyczących trybu postępowania przed komisją wojewódzką, w tym jej składu, zdaniem autorki należy zastanowić się na konstytucyjnością przyjętego w ustawie o prawach pacjenta pozasądowego trybu rozstrzygania roszczeń pacjentów. To, niestety, nie organ wymiaru sprawiedliwości, który jest do tego powołany orzeka o odpowiedzialności prawnej. Ponadto

orzeczenie organu niesądowego pociąga za sobą konkretne sankcje finansowe. Kontrowersje wzbudza nawet to, czy jest to ubezpieczenie obowiązkowe.¹ Poza tym komisja wojewódzka ingeruje w sferę umów ubezpieczenia.

Bezspornie każdy zarządzający szpitalem powinien szukać racjonalnych sposobów zmniejszenia kosztów umów ubezpieczenia. Przede wszystkim należy odpowiednio wcześniej, przed upływem okresu ubezpieczenia, przeprowadzić analizę rynku ofert w przedmiotowym zakresie. Z uwagi na obciążenie obowiązkami zawodowymi i zazwyczaj brak wiedzy na temat ubezpieczeń, a także znajomości ich rynku wskazane jest nawiązywanie przez szpitale współpracy z brokerem ubezpieczeniowym, a także zmiana jego osoby w wypadku braku wymiernych korzyści (np. finansowych, szkoleń z zarządzania ryzykiem dla personelu szpitala). Broker ubezpieczeniowy reprezentuje interesy ubezpieczeniowe swojego klienta, działając na mocy pełnomocnictwa. Działalność brokerów ubezpieczeniowych reguluje przede wszystkim ustawa dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1154, z późn. zm.). Pośrednictwo ubezpieczeniowe, zgodnie z art. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, polega na wykonywaniu przez pośrednika (brokera ubezpieczeniowego) za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia. Brokerem ubezpieczeniowym, zgodnie z art. 20 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, jest osoba fizyczna albo prawna posiadająca wydane przez organ nadzoru zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej i wpisana do rejestru brokerów ubezpieczeniowych. Co ważne, broker ubezpieczeniowy z tytułu wykonywania działalności brokerskiej podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej. Broker powinien profesjonalnie porównać oferty ubezpieczenia pod względem wielu parametrów jakościowych, wskazać różnice dotyczące proponowanych zakresów ochrony i jej ograniczeń, a następnie przedstawić ubezpieczającemu rekomendację. Obsługa brokerska obejmuje także wdrożenie programu ubezpieczeń. Ponadto brokerzy oferują pomoc w opracowaniu i wdrożeniu polityki zarządzania ryzykiem w szpitalu. Zarządzanie ryzykiem ma bardzo istotne znaczenie dla funkcjonowania szpitala, w tym jego finansów, jednakże – jak pokazuje praktyka – szpitale bardzo mało robią w przedmiotowym zakresie. Współpraca z brokerem może natomiast zmienić tę niekorzystną sytuację. Ważną i wymierną dla szpitala stroną działalności brokerskiej jest organizacja szkoleń dla pracowników szpitala, w tym – w zakresie bieżącej obsługi roszczeń i zarządzania ryzykiem. Szkolenia

¹ Bardzo interesującą analizę i krytykę przedmiotowego ubezpieczenia, w tym dyskurs o jego obowiązkowym charakterze, zawiera artykuł: E. Kowalewski, W. Mogilski (2012), *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” nr 1/2012.

powinny być wartością dodaną, jaką wnosi broker do procesu obsługi ubezpieczeń, szczególnie w zakresie prewencji. Do bezpośrednich rozwiązań skutkujących obniżeniem kosztów ubezpieczenia dla szpitala może być:

1. utworzenie grupy zakupowej/konsorcjum zakupowego;
2. współpraca (wzajemność członkowska) w Towarzystwie Ubezpieczeń Wzajemnych.

Grupa zakupowa, najczęściej z uwagi na efektywność, powinna obejmować szpitale z jednego regionu (np. województwa), chociaż może mieć także charakter ogólnopolski. Przykładowo w skład takiej grupy mogą wchodzić wszystkie szpitale publiczne z jednego województwa lub też tylko szpitale, których organem założycielskim jest jednostka samorządu terytorialnego, albo tylko część z nich. Grupa szpitali może wynegocjować korzystniejsze warunki ubezpieczenia, a przede wszystkim niższą składkę niż pojedynczy szpital. Przykładem działającej w praktyce grupy zakupowej jest Ubezpieczeniowa Grupa Zakupowa Szpitali [www.ugzs.pl] (dostęp 16 marca 2013). Celem generalnym tej grupy jest opracowanie i wdrożenie wspólnej strategii ograniczającej dynamikę wzrostu kosztów ubezpieczeń. Celami szczegółowymi jest stworzenie formuły zakupowej pozwalającej na: zmniejszenie składki, wypracowanie strategii ubezpieczenia grupy szpitali z wykorzystaniem wszystkich aspektów indywidualnej wyceny ryzyka, opracowanie modyfikacji zakresu i szczególnych warunków ubezpieczenia dedykowanych wyłącznie członkom, współdziałanie w zakresie obniżenia szkodowości. Uczestnictwo w grupie zakupowej ma charakter dobrowolny dla szpitala.

Dla zakładów ubezpieczeniowych zorganizowanych w formie spółki akcyjnej głównym celem jest maksymalizacja zysku akcjonariuszy. Zakład ubezpieczeń, który ubezpiecza swoich członków na zasadzie wzajemności, jest towarzystwem ubezpieczeń wzajemnych. Taka działalność ubezpieczeniowa nie jest nastawiona na wytwarzanie zysku do dyspozycji akcjonariuszy, lecz na zaspokojenie potrzeb osób ubezpieczonych. W TUW mogą być tworzone związki wzajemności członkowskiej. Istotą związków wzajemności członkowskiej jest wspólnota interesów ich członków połączonych więzią terytorialną, zawodową bądź środowiskową. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że w wypadku TUW możliwe jest pozyskanie ofert bez konieczności stosowania procedury zamówień publicznych, bowiem zgodnie z art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej do umów ubezpieczenia zawieranych z towarzystwem przez podmioty będące członkami tego towarzystwa nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Ponadto należy zwrócić uwagę na możliwość przeprowadzenia audytu szpitala przez niezależnego lub współpracującego np. z brokerem eksperta.

Audyt taki o charakterze prawno-organizacyjnym może mieć wpływ na objęcie szpitala ubezpieczeniem i jego warunki. W szczególności od rekomendacji audytora może zależeć zawarcie umowy z konkretnym ubezpieczycielem, a także możliwość obniżenia wysokości składki. Przykładowo celem audytu typ MP1/sz¹ jest ocena ryzyka związanego z prowadzoną działalnością leczniczą, oparta na analizie zagrożeń towarzyszących organizacji i zarządzaniu ryzykiem w szpitalu, zwłaszcza w aspekcie zarządzania prawami pacjenta. Sprawdzane obszary obejmują w szczególności: dokumentację podmiotu leczniczego, procedurę skargową, realizację praw pacjenta, współpracę z ubezpieczycielem. Niezbędnym warunkiem poprawności i efektywności audytu jest rzetelna współpraca zarządzającego podmiotem leczniczym i jego personelu z audytorem, a w szczególności zgodność przekazywanych informacji ze stanem faktycznym. Specjalistyczne audyty szpitali o charakterze organizacyjno-prawnym w powiązaniu z ochroną ubezpieczeniową (OC) stanowią nowość na rynku, ale dziedzina ta jest bardzo rozwojowa. Na razie mało jest osób przeprowadzających takie audyty i nimi zainteresowanych. Nie można zapominać, że audyt to nie tylko sfera ubezpieczeniowa, ale także kwestia ustalenia stanu faktycznego organizacji i identyfikacja problemów podmiotu leczniczego w celu poprawy efektywności jej działania, a także bezpieczeństwa prawnego (eliminacji ryzyka sankcji prawnych).

Bibliografia:

Kodeks cywilny (art. od 805 do 834).

Ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 22 maja 2003.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z 6 listopada 2008.

Ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r.

Rozporządzenie Ministra Finansów z 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Kowalewski E., Mogilski M. (2012), *Istota i charakter ubezpieczenia pacjentów z tytułu zdarzeń medycznych*, „Prawo Asekuracyjne” nr 1/2012.

Paszkowska M. (2012), *Podstawy prawne działalności leczniczej*, „Praca i Zabezpieczenie Społeczne”, nr 8/2012.

www.ugzs.pl.

¹ Jest to audyt o charakterze autorskim, opracowany i realizowany przez autorkę artykułu.

Rozdział II

Narzędzia zarządzania

Anna Kieszowska–Grudny
Europejskie Centrum Zdrowia Otwock

Outsourcing medyczny

Medical outsourcing

Abstract:

Introduction: The dynamic growth of the costs associated with the development of medical care in the world and in Poland and much slower growth in spending on health care services, makes health care managers look for various ways to improve the profitability of their medical centres. One of these methods is outsourcing, which consists in the separation of marginal for the company business activities and leaving the most essential areas of activity inside the organization focusing on them.

Aim: The aim of this study was to examine the prevalence of outsourcing in the public and private medical centres, engaged in various activities in medical operations (hospital, long-term care, outpatient clinic) based on selected institutions.

Results and conclusions: 40 medical centres, including 19 public and 21 private, were included into the study. Outsourcing is a management method used in approximately 30% of medical and non-medical services. The most important core areas of outsourcing are laboratory tests, MR, histopathology examination and pathology services. Among the non-medical activities most often are outsourced: sewing clothes, laundry and medical transport.

Key words: medical outsourcing, health care management

Wstęp

Intensywny rozwój sektora ochrony zdrowia w Polsce, którego dynamika jest wyższa niż średnia krajów europejskich i krajów OECD, nadal nie zbliża Polski do liderów w dziedzinie zdrowia. W porównaniu z innymi państwami poziom wydatków na ten sektor w odniesieniu do PKB jest nadal niski i należy do najniższych w Europie. Wprowadzona w 1999 r. reforma systemu

opieki zdrowotnej spowodowała uruchomienie wielu zmian, którym system nadal podlega. Ograniczone zasoby finansowe podmiotów leczniczych, rosnące oczekiwania pacjentów, coraz szybciej zmieniająca się technologia medyczna powodują, że menedżerowie coraz częściej poszukują różnorodnych sposobów poprawy wyników ekonomicznych. Jednym z nich staje się outsourcing, który bywa jedną z częstszych metod optymalizacji wydatków lub redukcji kosztów mających ostatecznie wpływ na poprawę kondycji finansowej placówek medycznych. Termin outsourcing doczekał się wielu definicji. D. Lei i M. Hitt [1995, s. 835] określają outsourcing jako współpracę firmy z zewnętrznymi dostawcami w zakresie produkcji komponentów i innych działań o podwyższonej wartości. M. Sharpe [1997, s. 535] definiuje outsourcing jako przerzucenie do dostawcy zewnętrznego zadań, które nie zostały wybrane przez organizację jako kompetencje podstawowe. J. Gilley i A. Rasheed [2000, s. 763] określają outsourcing bardzo ogólnie jako coś, co pierwotnie było dostarczane wewnątrz lub mogło być dostarczane wewnątrz, ale podjęto decyzję o zleceniu na zewnątrz. Głównym celem wprowadzenia outsourcingu może być decyzja o skoncentrowaniu przedsiębiorstwa na działalności kluczowej, która decyduje o jego perspektywach rozwojowych. Outsourcing przybierać może wiele postaci w zależności od wprowadzonego podziału [Trocki 2001, s. 60]. Mimo że koncepcje podziału outsourcingu zaproponowane przez Trockiego wskazują na wielorakość rodzajów tego sposobu zarządzania strategicznego, to są one ze sobą powiązane i mogą na siebie nachodzić. Outsourcing może być traktowany jako narzędzie taktyczne lub strategiczne, o czym pisali już w 1994 r. Quinn i Hilmer [Quinn i Hilmer 1994, s. 45], podkreślając wręcz jego rolę w strategiach przedsiębiorstw i zwracając uwagę, iż te działania, które czynią z organizacji przedsiębiorstwo wysoko konkurencyjne, powinny pozostać wewnątrz firmy. Outsourcing jest jedną z metod nowoczesnego zarządzania w podmiotach leczniczych, które ma na celu poprawę rentowności prowadzonej działalności, a tym samym może stać się sposobem na zachowanie pozycji rynkowej przedsiębiorstwa nawet w aktualnej sytuacji opieki medycznej w Polsce [Kieszkowska–Grudny 2011, s. 196–204]. W placówkach medycznych przedmiotem outsourcingu są w obszarach podstawowych usługi: pielęgniarские, diagnostyczne, farmaceutyczne. Usługi uzupełniające, wydzielane z podmiotów leczniczych, to najczęściej usługi hotelowe, zabezpieczenie mienia, transport sanitarny, pralnia, kuchnia, konserwacja i zabezpieczanie, prace administracyjne, recepcja i księgowość oraz szeroko rozumiany obszar informatyczny (IT). Dzięki rozwojowi Internetu dochodzi coraz częściej do outsourcingu nie tylko działań uzupełniających, ale także podstawowych – diagnostyki obrazowej, technologii laparoskopowych, opisów badań patologicznych czy opisów kardiologów [Klich 2010, s. 303]. Outsourcing w opiece zdrowotnej w Polsce

realizowany jest jako outsourcing całkowity lub częściowy. Pewną odmianą mającą zastosowanie w podmiotach publicznych jest outsourcing kontraktowy, który realizowany jest przez zewnętrznego partnera po zawarciu kontraktu na podstawie wygranego postępowania przetargowego. Na podstawie Biuletynu Zamówień Publicznych z lat 2004–2008 wyliczono, że najczęściej placówki outsourcują tzw. usługi hotelowe (pralnia, catering i sprząatanie) – nawet 47% wszystkich usług przekazywanych partnerom zewnętrznym. Z kolei 14% stanowi utylizacja odpadów medycznych, co miało przede wszystkim związek z nowelizacją ustawy o odpadach, dalej 10% to usługi laboratoryjno-diagnostyczne, zaś transport i obsługa techniczna obiektów po ok. 7% [Lewandowska 2010]. Interesujące zjawisko widać w tych latach w obrębie usług pralniczych, które sukcesywnie rosną – odpowiednio z 25,3% do 28,2% oraz usług cateringowych, które z kolei maleją – z ok. 20% do 6,4%. Waha się natomiast wysycenie i zainteresowanie usługami sprząatania. Początkowo nastąpił wzrost do 20% w roku 2006, potem spadek w roku 2008 do poziomu 8%, co wskazuje na powrót do wykonywania tych usług przez personel własny.

Celem pracy było poznanie zakresu wykorzystania outsourcingu w podmiotach leczniczych, porównanie między placówkami publicznymi i niepublicznymi. Badanie miało charakter pilotażowy.

Materiał i metoda

Projekt oparty był na badaniu ankietowym, do którego zaproszeni zostali reprezentanci różnych podmiotów leczniczych z całej Polski. Dzięki bazie danych z Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej przygotowany został mailing zawierający list przewodni oraz autorską ankietę z pytaniami dotyczącymi struktury outsourcingu w danej placówce. Listy wraz z ankietą były wysłane do każdego z wybranych podmiotów trzykrotnie co 2–3 tygodnie w celu zwiększenia responsywności placówek.

Wyniki

Na ponad 3500 wysłanych ankiet otrzymano 40 odpowiedzi. Podmioty lecznicze reprezentowane przez uczestników badania w 47,5% ($N=19$) stanowiły placówki publiczne, a w 52,5% niepubliczne ($N=21$). W specjalizacjach kluczowych uczestniczących w badaniu podmiotów leczniczych dominowały (można było wskazać więcej niż 1 dziedzinę): chirurgia ($N=26$ podmiotów), interna ($N=23$), ginekologia ($N=22$), pediatria ($N=20$) i ortopedia ($N=19$). Prawie wszystkie podmioty miały świadczenia zakontraktowane przez NFZ ($N=36$; 90,0%).

Zakres wykorzystania outsourcingu w podmiotach leczniczych

W analizowanej grupie 40 podmiotów leczniczych, outsourcowanych jest 30,7% usług uzupełniających i 28,5% usług medycznych. Do najczęściej outsourcowanych usług uzupełniających, stanowiących outsourcing strategiczny, zaliczyć można szycie odzieży medycznej (90% podmiotów), pranie medyczne (57,5%), transport sanitarny (55,0%), catering (52,5%) oraz ochronę mienia i serwisowanie sprzętu medycznego (każde po 50,0%). Do najrzadziej wydzielanych sfer poza obszar działalności podmiotu zaliczyć należy usługi sekretarskie (0,0%), rejestrację, działalność pełnomocnika praw pacjenta i usługi hotelowe (każde po 2,5%). Z usług medycznych najczęściej outsourcowane są badania wirusologiczne (65,0%), biochemiczne i hematologiczne (60,0%), następnie badania mikrobiologiczne i serologiczne (każde po 57,5%), badania rezonansem magnetycznym (52,5%) oraz opisy badań histopatologicznych (50,0%). Podmioty lecznicze nie są natomiast w ogóle zainteresowane zlecaniem na zewnątrz opisów kardiologicznych i usług pielęgniarских (0,0%), a sporadycznie wydzielają takie usługi jak USG i usługi stomatologiczne (każde po 2,5%).

Zakres outsourcingu w publicznych podmiotach leczniczych

Praktycznie co czwarta usługa medyczna (26,8%) w publicznych podmiotach leczniczych jest outsourcowana. Z kolei 21,3% placówek w ogóle nie odczuwa takiej potrzeby, by korzystać z niektórych usług medycznych, zaś 51,9% jest tak przygotowana sprzętowo i organizacyjnie, że może realizować te usługi, wykorzystując bazę własną. Szczegółowe dane związane z wydzielaniem usług o charakterze kluczowym przedstawia tabela 1.

Do najczęściej wydzielanych usług medycznych w podmiotach publicznych zalicza się badania wirusologiczne i MR, a najrzadziej – usługi rehabilitacji, pielęgniarских, badania USG i Doppler, a także opisywanie badań kardiologicznych.

Tab. 1. Zakres outsourcowanych usług medycznych w publicznych podmiotach leczniczych

Działalność medyczna	Podmiot leczniczy publiczny					
	Tak, outsourcuję		Nie, nie mam takiej potrzeby		Nie, mam własny	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Badania rezonansem magnetycznym	11	58	3	16	5	26
Badania tomografii komputerowej	6	32	1	5	12	63
Badania mammograficzne	3	16	10	52	6	32
Badania USG	0	0	0	0	19	100
Badania Dopplera	0	0	1	5	18	95
Opisy badań RTG	2	11	1	5	16	84
Badania densytometryczne	3	16	11	58	5	26
Badania patomorfologiczne	9	47	0	0	10	53
Opisy badań histopatologii	9	47	0	0	10	53
Usługi rehabilitacyjne	0	0	7	37	12	63
Opisy badań kardiologicznych	0	0	5	26	14	74
Usługi radioterapii	6	32	12	63	1	5
Badania biochemiczne i hematologiczne	10	53	0	0	9	47
Badania wirusologiczne	11	58	0	0	8	42
Badania mikrobiologiczne	8	42	0	0	11	58
Badania serologiczne	9	47	0	0	10	53
Bank krwi	8	42	3	16	8	42
Badania medycyny nuklearnej	3	16	13	68	3	16
Usługi pielęgniarские	0	0	1	5	18	95
Usługi lekarzy specjalistów	5	26	3	16	11	58
Usługi stomatologiczne	1	5	13	68	5	27
Hemodializa	8	42	5	26	6	32

N – liczba obserwacji, % – odsetek usług

W wypadku usług niemedycznych realizowanych przez publiczne podmioty lecznicze prawie co czwarta jest wydzielona z działania placówki (24,3%). Zdecydowana większość podmiotów publicznych ma zaplecze i zasoby, by realizować je samodzielnie (61,3%), a 14,4% nie widzi potrzeby korzystania z tych usług. Najmniejsze zainteresowanie (a właściwie jego brak) publiczne placówki wykazują outsourcowaniem zadań kontroli epidemiologicznej,

usług sekretarskich oraz hotelowych. Podobnie placówki publiczne nie widzą konieczności wydzielania funkcji pełnomocnika praw pacjenta. Wynika to przede wszystkim z faktu, że większość placówek nie ma woli tworzenia takiego stanowiska, a pozostałe posiadają w swoich strukturach osoby, które się tym zajmują. Więcej danych prezentuje tabela 2.

Tab. 2. Zakres outsourcowanych usług niemedycznych w publicznych podmiotach leczniczych

Działalność niemedyczna	Podmiot leczniczy publiczny					
	Tak, outsourcuję		Nie, nie mam takiej potrzeby		Nie, mam własny	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Usługi prawnicze	3	16	4	21	12	63,2
Catering	8	42	0	0	11	58
BHP	1	5	1	5	17	90
Ochrona mienia	8	42	6	32	5	26
Sterylizacja	2	11	1	5	16	84
Konserwacja budynków	5	26	0	0	14	74
Usługi recepcyjne/rejestracji	1	5	0	0	18	95
Księgowość	1	5	0	0	18	95
Pełnomocnik praw pacjenta	0	0	11	58	8	42
Dział personalny	1	5	0	0	18	95
Usługi sekretarskie	0	0	1	5	18	95
Ogrzewanie/kotłownia	4	21	0	0	15	79
Utrzymanie czystości	5	26	0	0	14	74
Usługi informatyczne	4	21	1	5	14	74
Usługi pralnicze	10	53	0	0	9	47
Usługi hotelowe	0	0	17	89	2	11
Serwisowanie sprzętu medycznego	9	48	1	5	9	47
Utrzymanie terenu zewnętrznego	5	26	3	16	11	58
Transport sanitarny	11	58	1	5	7	37
Usługi restauracyjne/kawiarniane	8	42	8	42	3	16
Parking	3	16	6	32	10	52
Szycie odzieży medycznej	17	90	1	5	1	5
Kontrola epidemiologiczna	0	0	1	5	18	95

N – liczba obserwacji, % – odsetek usług

Zakres outsourcingu w niepublicznych podmiotach leczniczych

Niepubliczne podmioty lecznicze z reguły outsourcują więcej usług. Prawie co trzeci podmiot niepubliczny wydziela ze swojej działalności którąś ze sfer medycznych (30,1%) i prawie cztery na dziesięć usług z zakresu niemedycznego (36,4%). Niepubliczne podmioty lecznicze dość chętnie „pozbywają się” ze swojej działalności badań laboratoryjnych, szczególnie wirusologicznych, mikrobiologicznych i biochemicznych wraz z hematologią. Z kolei usługami medycznymi, które nie zyskały, jak na razie, szczególnego zainteresowania outsourcingiem, są opisy kardiologiczne, stomatologia i radioterapia. Stomatologia i radioterapia, jako usługi specyficzne, nie są istotne w większości placówek niepublicznych do utrzymania ciągłości i jakości opieki, najprawdopodobniej z uwagi na profil tych placówek oraz ich wielkość. Pełne informacje przedstawia tabela 3.

Tab. 3. Zakres outsourcowanych usług medycznych w niepublicznych podmiotach leczniczych

Działalność medyczna	Podmiot leczniczy niepubliczny					
	Tak, outsourcuję		Nie, nie mam takiej potrzeby		Nie, mam własny	
	N	%	N	%	N	%
Badania rezonansem magnetycznym	10	48	9	43	2	9
Badania tomografii komputerowej	9	43	7	33	5	24
Badania mammografii	3	14	13	62	5	24
Badania USG	1	5	5	24	15	71
Badania Dopplera	3	14	9	43	9	43
Opisy badań RTG	4	19	4	19	13	62
Badania densytometryczne	3	14	14	67	4	19
Badania patomorfologiczne	10	48	11	52	0	0
Opisy badań histopatologii	11	52	10	48	0	0
Usługi rehabilitacyjne	2	10	7	33	12	57
Opisy badań kardiologicznych	0	0	14	67	7	33
Usługi radioterapii	0	0	21	100	0	0
Badania biochemiczne i hematologiczne	14	67	3	14	4	19
Badania wirusologiczne	15	71	4	19	2	10
Badania mikrobiologiczne	15	71	4	19	2	10
Badania serologiczne	14	67	4	19	3	14

Bank krwi	12	57	7	33	2	10
Badania medycyny nuklearnej	1	5	20	95	0	0
Usługi pielęgniarские	0	0	4	19	17	81
Usługi lekarzy specjalistów	7	33	8	38	6	29
Usługi stomatologiczne	0	0	21	100	0	0
Hemodializa	5	24	16	76	0	0

N – liczba obserwacji, % – odsetek usług

Popularnością wśród usług niemedyceńskich wydzielanych w podmiotach niepublicznych cieszą się usługi szycia odzieży, BHP i kontroli epidemiologicznej oraz usługi pralnicze i cateringowe, natomiast takie obszary jak sekretariat i rejestracja placówki utrzymują wewnętrznie i realizują poprzez swoje zespoły, co można tłumaczyć potrzebą dobrej znajomości kultury organizacyjnej, koniecznością poznania specyfiki placówki oraz wielokrotnie długiego szkolenia pracowników na tych stanowiskach (tabela 4).

Tab. 4. Zakres outsourcowanych usług niemedyceńskich w niepublicznych podmiotach leczniczych

Działalność niemedyceńska	Podmiot leczniczy niepubliczny					
	Tak, outsourcuję		Nie, nie mam takiej potrzeby		Nie, mam własny	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Usługi prawnicze	8	38	7	33	6	29
Catering	13	62	3	14	5	24
BHP	14	67	1	5	6	28
Ochrona mienia	12	57	8	38	1	5
Sterylizacja	5	24	4	19	12	57
Konserwacja budynków	9	43	2	9	10	48
Usługi recepcyjne/rejestracji	0	0	3	14	18	86
Księgowość	7	33	0	0	14	67
Pełnomocnik praw pacjenta	1	5	17	81	3	14
Dział personalny	5	24	2	9	14	67
Usługi sekretarskie	0	0	1	5	20	95
Ogrzewanie/kotłownia	2	9	5	24	14	67
Utrzymanie czystości	8	38	1	5	12	57
Usługi informatyczne	12	57	2	10	7	33
Usługi pralnicze	13	62	1	5	7	33

Usługi hotelowe	1	5	18	86	2	9
Serwisowanie sprzętu medycznego	11	52	2	10	8	38
Utrzymanie terenu zewnętrznego	6	29	6	29	9	42
Transport sanitarny	11	52	6	29	4	19
Usługi restauracyjne/kawiarniane	2	9	18	86	1	5
Parking	3	14	12	57	6	29
Szycie odzieży medycznej	19	90	1	5	1	5
Kontrola epidemiologiczna	14	67	2	9	5	24

N – liczba obserwacji, % – odsetek usług

Różnice między wydzielonymi obszarami medycznymi i niemedycznymi publicznych oraz niepublicznych podmiotów leczniczych

Uwzględniając formę prawną podmiotów leczniczych, dokonano analizy Chi2 w celu wykazania potencjalnych różnic w częstości korzystania z różnych form outsourcingu w usługach medycznych i niemedycznych. Na szczególną uwagę zasługują te obszary, w których różnice są istotne statystycznie. W grupie usług medycznych są to badania patomorfologiczne i histopatologia ($p < 0,001$), hemodializa, badania Dopplerowskie i badania mikrobiologiczne ($p < 0,01$). Placówki niepubliczne wiodą prym w realizacji tych świadczeń poprzez partnerów zewnętrznych. Z kolei w zakresie usług uzupełniających, niestanowiących podstawowego działania podmiotów leczniczych, placówki niepubliczne zdecydowanie częściej sięgają na zewnątrz po pomoc kontroli epidemiologicznej ($p < 0,001$). Placówki niepubliczne to zdecydowanie częściej mniejsze ośrodki, z mniejszą liczbą łóżek i skoncentrowane na usługach medycznych krótkotrwałych. Z kolei placówki publiczne to najczęściej duże, wielołożkowe szpitale, na które ustawa nakłada obowiązek pełnoetatowego zatrudnienia pielęgniarki epidemiologicznej. Dodatkowo istotne różnice w częstości outsourcingowania usług niemedycznych dotyczyły: zabezpieczenia w BHP ($p < 0,001$), usług księgowych, informatycznych oraz cateringu ($p < 0,05$).

Dyskusja

Podmioty lecznicze poszukują metod na jak najlepsze wykorzystywanie ludzkich, technologicznych i organizacyjnych zasobów dla organizacji. Co trzecia usługa medyczna i niemedyczna w podmiocie leczniczym podlega outsourcingowi. Przyczynami takiego zjawiska są: potrzeba ograniczenia zatrudnienia, brak dostępu do rozwiązań technicznych bez dalszego inwestowania w infrastrukturę, wchodzące w życie nowe rozporządzenia i ustawy czy brak zaplecza lokalowego do rozwoju działalności – np. powstanie pralni, diagnostyki laboratoryjnej, patomorfologii, itp.

W zrealizowanym badaniu, które z uwagi na wielkość grupy powinno być traktowane jako pilotażowe, okazało się, że 20,2% wszystkich outsourcowanych usług pozamedycznych tworzą usługi hotelowe, przez które rozumiemy łącznie usługi cateringowe, sprzątanía i pralni. Jest to ponad dwukrotnie mniej niż wynika z wyliczeń opartych na Biuletynie Zamówień Publicznych w latach 2004–2008 [Lewandowska 2010]. Ta dysproporcja może wynikać m.in. z metodologii prowadzonego badania, a przede wszystkim z listy wszystkich usług niemedycezych, których liczebność była większa niż w innych dotychczasowych opracowaniach w tym zakresie. Oczywiście, może też świadczyć o tym, że trend zmienił się na korzyść insourcingu. Argumentem za tą tezą może być procentowy udział outsourcowanego cateringu wynoszący w całości outsourcowanych usług niemedycezych mniej więcej 7,5%, czyli mniej niż w wyżej wymienionym opracowaniu z 2010 r. Takie usługi jak catering, utrzymanie czystości i pranie stanowią największy odsetek usług wydzielonych z przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Okazało się, że pranie jest drugą co do częstości usługą wydzielaną z placówek medycezych, zaś catering – czwartą. Usługi utrzymania czystości znalazły się natomiast dopiero na 11. pozycji z 23 uwzględnianych w badaniu. Dodatkowo okazało się, że istnieją różnice w modelu outsourcingu pomiędzy placówkami publicznymi i niepublicznymi. I tak: w niepublicznych placówkach większe jest zainteresowanie wydzielaniem badań mikrobiologicznych, badań Dopplera, patomorfologii i histopatologii. Placówki publiczne częściej korzystają z podpisanych umów zewnętrznych na hemodializę, co zapewne wynika nie tyle z zainteresowania taką formą realizacji tych usług, ile z przepisów narzucających obowiązek posiadania stanowiska dializacyjnego w szpitalu lub umowy o współpracy. Na pierwszym miejscu w zakresie outsourcingu usług medycezych są badania laboratoryjne – łącznie 38,2% wszystkich usług medycezych (wirusologiczne, hematologia i biochemia, mikrobiologia, serologia), następnie badania MR (8% wszystkich outsourcowanych usług medycezych). Badania TK natomiast uplasowały się w rankingu dopiero na dziewiątej pozycji, co może świadczyć o tym, że chociaż raport OECD [OECD 2013, s. 2] mówiący o tym, że współczynnik TK/1 mln mieszkańców jest w Polsce prawie o połowę niższy niż średnia OECD (13,5 a 23,2), to i tak dostęp do tych aparatów, czasami co prawda nie najlepszej jakości, jest na tyle dobry, że nie ma aż tak dużej potrzeby zleceń tych badań na zewnątrz.

Dalsze badania zmierzające do pozyskania większej liczby danych powinny być kontynuowane.

Bibliografia

Gilley M.K. i Rasheed A. (2000), *Making more by doing less: an analysis of outsourcing*, Journal of Management, vol. 26, no. 4.

-
- Kieszkowska-Grudny A. (2011), *Outsourcing w nowoczesnym zarządzaniu firmą medyczną – czy warto?*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, 171, 196–204.
- Klich J. (2010), *Outsourcing jako alternatywa dla klasycznego podejścia do zarządzania zasobami organizacji*, [w:] M. Kautsch, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Lei D. i Hitt M. (1995), *Strategic restructuring and outsourcing: the effect of mergers and acquisitions and LBOs on building firm skills and capabilities*, Journal of Management, vol. 21, no 5.
- Lewandowska H. (2010), *Outsourcing. Model zarządzania w podmiotach sektora ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa.
- OECD (2013), *Health Data 2011*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-POLAND-2013.pdf>, dostęp: 21 lipca 2013.
- Quinn J.B. i Hilmer F.G. (1994), *Strategic outsourcing*, Sloan Management Review, vol. 35, no 4.
- Sharpe M. (1997), *Outsourcing, organizational competitiveness, and work*, Journal of Labour Research, vol. XVIII, no.4.
- Trocki M. (2001), *Outsourcing. Metoda restrukturyzacji działalności gospodarczej*, Państwowe Wydawnictwa Ekonomiczne, Warszawa.

Marcin Kautsch

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Mateusz Lichoń

Zespół Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej

Sylwia Sobieralska

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Energia odnawialna w szpitalach w Polsce¹

Renewable energy in Polish hospitals

Abstract: This article is aimed at presenting energetic situation of Polish hospitals and their potential of using renewable energy sources (RES). Results of research conducted in 45 units show that though hospitals have knowledge concerning the necessity and possibilities of energy saving and usage of RES, their actions in those matters are rather preservative. They want to develop energy efficiency measures because they perceive it as a chance of future savings, they don't perceive the EU policy as an important motivating factor. When investing in RES hospitals limit themselves mainly to solar panels but plan to broaden their scope in the future. Hospitals most often use their own budgets to fund investments. Financial restrictions are most important barriers of investing in RES.

Key-words: renewable energy, Polish hospitals, investments, energy savings.

Wprowadzenie

Energia elektryczna jest jednym z podstawowych czynników produkcji wykorzystywanym w każdym szpitalu. Zabezpieczenie w nią jest regulowane

¹ Niniejszy artykuł przedstawia wyniki badania przeprowadzonego w ramach projektu RES Hospitals (<http://www.res-hospitals.eu/>), współfinansowanego przez Komisję Europejską w ramach programu Intelligent Energy Europe.

przez rozporządzenia ministra infrastruktury [Minister Infrastruktury 2002] i ministra zdrowia [Minister Zdrowia 2012]. Akty te nakazują posiadanie przez szpital dwóch niezależnych źródeł energii elektrycznej. Szpitale używają też energii cieplnej pochodzącej z różnych źródeł (np. gazu ziemnego). W związku z tym działalność szpitali powoduje znaczną emisję dwutlenku węgla.

Zgodnie z założeniami strategii Europa 2020 [Komisja Europejska 2010] konieczne jest podjęcie działań mających doprowadzić do roku 2020 do redukcji emisji CO₂ o 20%, podniesienia efektywności energetycznej o 20% w stosunku do roku 1990 oraz zwiększenia udziału odnawialnych źródeł energii (OZE) do 20% w całej Unii Europejskiej. Polska, posiadając gospodarkę opartą na węglu, może mieć trudności w realizacji tych zadań [Bohringer, Rutherford 2013, s. 22], stąd wyznaczone jej cele są poniżej średniej europejskiej [zob. Komisja Europejska 2011].

Dane Krajowego Ośrodka Bilansowania i Zarządzania Emisjami (KOBiZE) dotyczące wzrostu emisji CO₂ w Polsce [KOBiZE 2012] są bardzo niepokojące. Brak wdrożenia rozwiązań zawartych w europejskich aktach energetycznych [np. Parlament Europejski, Rada Europejska 2009; Komisja Europejska 2012] może bowiem prowadzić do nałożenia dotkliwych kar na instytucje, które nie dokonają energomodernizacji.

W Unii Europejskiej działa około 15 tys. szpitali [LCB Healthcare 2011, s. 7]. Ich zapotrzebowanie na energię jest istotne – prowadzi się w nich bowiem całodobową działalność, dysponują one energochłonną aparaturą medyczną, muszą zapewniać komfort pobytu swoim pracownikom i pacjentom. Zgodnie ze wspomnianym rozporządzeniem ministra zdrowia szpitale muszą zapewnić pacjentom ochronę przed nadmiernym naświetleniem, co będzie oznaczało konieczność zacielenia pomieszczeń i/lub instalację klimatyzacji.

W Polsce w roku 2011 wydatki na energię i paliwa stanowiły 3,1% budżetów samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej [CSIOZ 2012], tj. 833 mln zł. Wielkość ta nie uwzględnia wydatków szpitali podległych organom centralnym, uniwersytetom i niepublicznym jednostek. Dla porównania wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia zdrowotne wyniosły w ww. roku 58,4 mld zł [NFZ 2011]. Dlatego też istotne jest, jakiej energii używają szpitale i jaka jest ich sprawność energetyczna. Waga problemu wzrasta, gdyż zapotrzebowanie na usługi medyczne zwiększy się, co jest efektem starzenia się społeczeństwa, coraz wyższych oczekiwań dotyczących jakości usług i zmian technologicznych [Kautsch, Whitfield 2001, s. 9]. Wzrośnie więc zapotrzebowanie na energię niezbędną do wytworzenia tych usług. Zmiana gospodarki energetycznej szpitali staje się koniecznością z punktu widzenia formalnego (prawnego) i ekonomicznego.

Ustanowione przez Unię Europejską wymogi mają na celu zwiększenie udziału wykorzystania OZE. Za odnawialną uważa się energię wiatru, promieniowania słonecznego, aerotermalną, geotermalną i hydrotermalną, energię oceanów i hydroenergię, tę pozyskiwaną z biomasy, gazu pochodzącego z wykopalisk, oczyszczalni ścieków i źródeł biologicznych [Parlament Europejski i Rada Europejska 2009].

Niniejszy artykuł przedstawia wyniki badania dotyczącego gospodarki energetycznej szpitali w Polsce, korzystania przez nie z OZE oraz planów dotyczących ww. zagadnień.

Celem badania było poznanie sytuacji energetycznej polskich szpitali, czynników motywujących do stosowania OZE oraz barier wdrażania takich rozwiązań.

Materiał i metoda

Badanie trwało od sierpnia do października 2012. Stworzono bazę 150 szpitali z całej Polski, dobranych na podstawie takich kryteriów jak: wielkość jednostki, jej organ założycielski i status (publiczny/niepubliczny).

W badaniu posłużono się ankietą składającą się z zamkniętych i otwartych pytań. Kwestionariusz ankiety został stworzony w ramach prac finansowanego przez Komisję Europejską projektu RES Hospitals, przed przystąpieniem do niego polskiego partnera¹. Zespół badawczy w Polsce uzupełnił ankietę o dodatkowe pytania, by zebrać bardziej szczegółowe dane.

Ankieterzy kontaktowali się telefonicznie z dyrektorami technicznymi wspomnianych szpitali. Do 70 jednostek, które wyraziły zgodę na udział w badaniu, wysłano ankietę drogą elektroniczną. Uzyskano dane z 45 szpitali. Ankieterzy wykonywali telefony zachęcające jednostki do wypełnienia kwestionariusza i pomagali w uzupełnianiu ankiet. Niewielka próba badawcza sprawia, że należy z ostrożnością podchodzić do uzyskanych wyników, traktując je jako wstępne, wymagające weryfikacji.

Wyniki

Nie wszystkie jednostki wskazały na zakup energii elektrycznej, co zapewne wynika z błędu przy wypełnianiu ankiety. Na drugiej pozycji wśród nabywanych źródeł energii znalazł się gaz ziemny (82%). Można zakładać, że gaz, a także ropa (24%) służą szpitalom do wytwarzania ciepła. W przypadku 53% jednostek ciepło pozyskiwane jest też z zewnątrz. Żaden szpital nie wykorzystuje energii pochodzącej z biomasy/biopaliwa² (tabela 1).

¹ Polskim partnerem projektu jest ZOZ Sucha Beskidzka.

² Interpretując odpowiedzi na pytania o źródła energii, trzeba mieć na względzie, że kategoria odpowiedzi nie zawierała odnawialnych źródeł energii innych niż bioenergia.

Tab. 1. Źródła energii używane przez szpitale [N=45]

Źródła konsumowanej energii	[%]
Energia elektryczna	98
Gaz ziemny	82
Energia ciepła z zewnętrznych źródeł	53
Ropa	24
Biomasa/biogaz/biopaliwa	0

Źródło: opracowanie własne.

Koszty energii elektrycznej stanowią prawie połowę (46%) kosztów energii zużywanej przez szpitale. Na drugim miejscu jest gaz ziemny (35%). Znacznie mniej szpitale wydają na energię ciepłą ze źródeł zewnętrznych (17%). Niskie wydatki na ropę (2%) przy 24% zakładów, które wskazały ją jako jedno ze źródeł energii, mogą wynikać z tego, że jednostki uwzględniały paliwo do samochodów służbowych. W związku z tym, że szpitale nie korzystają z energii pochodzącej z biomasy/biogazu/biopaliw, nie ponoszą one wydatków na te rodzaje paliwa (tabela 2).

Tab. 2. Struktura kosztów energii w szpitalach [N=45]

Rodzaj źródła	% udziału danego źródła energii w całkowitych kosztach
Energia elektryczna	46
Gaz ziemny	35
Energia ciepła z zewnętrznych źródeł	17
Ropa	2
Biomasa/biogaz/biopaliwa	0
RAZEM	100

Źródło: opracowanie własne.

Wg 93% badanych czynnikiem skłaniającym do inwestowania w efektywne rozwiązania energetyczne są oszczędności finansowe. Za najmniej motywujące uznano działania proekologiczne (4%), poprawę satysfakcji pacjenta i dbałość o żywotność wewnętrznych sieci energetycznych, a nawet dopłaty unijne (po 2%) (tabela 3).

Tab. 3. Czynniki motywujące do podejmowania inwestycji zwiększających efektywność energetyczną szpitala [N=45]

Rodzaj czynnika	[%]
Oszczędności finansowe	93
Cele energetyczne przyjęte z własnej inicjatywy szpitala	22
Kryteria narzucone przez organ władzy publicznej	13
Działania proekologiczne	4
Poprawa satysfakcji pacjenta	2
Dofinansowanie z Unii Europejskiej	2
Dbałość o żywotność wewnętrznych sieci energetycznych	2

Źródło: opracowanie własne.

Jak wspomniano, obniżenie emisji CO₂ jest jednym z priorytetów strategii Europa 2020, jednak badanie wykazało, że tylko 52% szpitali oblicza swoją emisję. 76% jednostek nie ma określonych celów dotyczących redukcji emisji CO₂. Jedynie 20% zadeklarowało, że nie tylko określiło te cele, ale również je zrealizowało.

Zaledwie 15% szpitali zadeklarowało określenie i realizację zamierzonych celów dotyczących zmniejszenia zużycia energii. Prawie połowa (47%) ankietowanych zapewniła, że jest w trakcie określania celów dotyczących zmniejszenia konsumowanej energii. 38% jednostek nie podjęło działań zmierzających do określenia celów zmniejszenia zużycia energii.

96% badanych placówek nie ma wydzielonego budżetu na inwestycje energetyczne. Ujmując dane w wartościach nominalnych, zaledwie 2 jednostki wyznaczyły budżety na te działania. Jedna – na projekty dotyczące efektywności energetycznej i odnawialnych źródeł energii, druga – na projekty dotyczące efektywności energetycznej (tabela 4).

Tab. 4. Posiadanie budżetu na inwestycje energetyczne w szpitalach [N=45]

Czy szpital posiada budżet przewidziany na inwestycje energetyczne?	[%]
Tak, na projekty dotyczące efektywności energetycznej i OZE	2
Tak, na projekty dotyczące OZE	0
Tak, na projekty dotyczące efektywności energetycznej	2
Nie, brak takiego budżetu	96
RAZEM	100

Źródło: opracowanie własne.

Ponad 50% badanych zainstalowało energooszczędne oświetlenie po roku 2000, a 69% deklaruje wymianę oświetlenia na energooszczędne do roku 2020. Ponieważ wydatki na ogrzewanie stanowią 46% wydatków na energię ogółem, jest to zapewne główny powód inwestowania w oszczędne systemy kotłów (36% szpitali wprowadziło to rozwiązanie od roku 2000, 24% deklaruje zastosowanie go w przyszłości). 36% jednostek deklaruje chęć zainwestowania w system oszczędzania energii (9% zadeklarowało jego zrealizowanie). Żadna jednostka nie zainwestowała w trigenerację, co wynika zapewne z tego, że technologie tego typu nie były wcześniej znane na rynku. Niewiele (7%) planuje to zrobić w przyszłości (tabela 5).

Tab. 5. Zrealizowane i planowane inwestycje energetyczne w szpitalach [N=45]

Inwestycja	Zrealizowa- ne od 2000 [%]	Plano- wane do 2020 [%]
Energooszczędne oświetlenie	51	69
Oszczędne energetycznie systemy kotłów	36	24
System oszczędzania energii w budynku (budynkach)	9	36
Oszczędny energetycznie układ napędowy silnika	9	11
Skojarzone wytwarzanie ciepła i energii elektrycznej (CHP)	4	11
Trigeneracja (CCHP)	0	7

Źródło: opracowanie własne.

Inwestycje finansowano głównie ze środków własnych szpitali (76%). Jest to też druga najczęściej deklarowana forma sfinansowania planowanych inwestycji. Z dotacji europejskich skorzystało 36% badanych, 58% chce to zrobić do roku 2020. Najmniej popularne są i były komercyjne kredyty i pożyczki (po 13%), a także umowy z firmami ESCO¹ (po 4%) (tabela 6).

¹ Firmy ESCO finansowane są z oszczędności kosztów energii ich klienta, pochodzących z opracowanych i wdrożonych przez nie rozwiązań energetycznych.

Tab. 6. Źródła finansowania zrealizowanych i planowanych inwestycji energetycznych w szpitalach [N=45]

Źródło finansowania	Inwestycje zrealizowane od 2000 [%]	Inwestycje planowane do 2020 [%]
Własny budżet	76	53
Dotacje (organ założycielski)	42	36
Dotacje (europejskie)	36	58
Dotacje (krajowe)	27	24
Dotacje (regionalne)	26	18
Pożyczki (publiczne)	13	24
Kredyty i pożyczki (komercyjne)	13	13
Umowa z firmą ESCO	4	4

Źródło: opracowanie własne.

Od roku 2000 36% szpitali zainstalowało panele solarne. W energię geotermalną i instalacje fotowoltaiczne zainwestowało po 2% ankietowanych. Wśród planowanych inwestycji najczęściej wskazywane są instalacje solarne (44%). Żaden szpital dotąd nie korzystał z pomp ciepła, ich instalacje deklaruje 16% szpitali (tabela 7).

Tab. 7. Zrealizowane i planowane inwestycje w rozwiązania wykorzystujące OZE [N=45]

Rodzaj czynnika	Inwestycje zrealizowane od 2000 [%]	Inwestycje planowane do 2020 [%]
Słoneczna termiczna – instalacje solarne	36	44
Słoneczna energia elektryczna – instalacje fotowoltaiczne	2	22
Energia geotermalna	2	9
Pompy ciepła (powietrze/ziemia)	0	16
Energia wiatru	0	9

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 8 przedstawia bariery wdrażania innowacyjnych technologii energetycznych postrzegane przez ankietowane szpitale.

Tab. 8. Bariery inwestowania w odnawialne źródła energii [N=45]

Udział odpowiedzi dotyczących barier inwestowania w OZE [%]	Mają wpływ	Neutralny wpływ	Nie mają wpływu
Brak kapitału na inwestycje	94	4	2
Zbyt restrykcyjne wymogi dotyczące terminu zwrotu kosztów inwestycji	49	29	22
Brak zaangażowania ze strony organów publicznych	49	27	24
Brak działań motywacyjnych ze strony władz państwowych/lokalnych	42	30	28
Brak dobrych przykładów zastosowanych w innych szpitalach	40	28	32
Obawa przed ryzykiem awarii nowych technologii	33	29	38
Brak wiedzy o innych możliwościach finansowania	32	41	27
Brak umiejętności zarządzania nowymi technologiami energetycznymi	29	19	52
Niedostateczna wiedza na temat technicznych możliwości instalacji	26	29	45
Brak zaangażowania ze strony zarządu szpitala	22	10	68

Źródło: opracowanie własne.

Niemal wszyscy ankietowani uznają brak kapitału za czynnik hamujący inwestycje w OZE. Negatywny wpływ na podjęcie decyzji o rozpoczęciu inwestycji energetycznych mają rygorystyczne wymogi dotyczące zwrotu kosztów i brak zaangażowania ze strony organów publicznych (po 49%). Zdaniem 68% respondentów brak zaangażowania ze strony zarządu szpitala jest czynnikiem niemającym wpływu na inwestycje w OZE.

Interpretacja wyników

Według wiedzy autorów było to pierwsze takie badanie przeprowadzone w Polsce. Ankietrzy wskazywali na znaczne problemy z uzyskaniem danych od jednostek: zniechęcał ich stopień szczegółowości danych, o które proszono w ankiecie. Doświadczenia zespołu badawczego dotyczące ochrony zdrowia wskazują, że ww. dane nie istnieją w wielu jednostkach, a badana tematyka (energia odnawialna) nie stanowi obszaru zainteresowania szpitali w Polsce. Wynikać to może z tego, że cele dotyczące redukcji emisji CO₂ nie są tematem publicznej debaty. Media również nie poświęcają wiele uwagi tematyce odnawialnych źródeł energii czy

wpływu wykorzystania energii na środowisko. Skupiają się na jej cenach, nie odnosząc ich jednak do sposobu wykorzystania energii przez poszczególnych użytkowników, zamiast tego przedstawiając problemy energetyczne na poziomie makro [Świątkiewicz, Wagner 2012]. Tematy te nie pojawiają się więc w świadomości większości osób zarządzających szpitalami. Tym też można tłumaczyć niechęć szpitali do wzięcia udziału w badaniu.

Uzyskane wyniki dają pewien obraz tego, jak wygląda sytuacja energetyczna szpitali w Polsce. Z ostrożnością należy traktować odpowiedzi na te pytania, w których jednostki deklarowały posiadanie pewnych dokumentów, a których nie musiały przedstawić (np. wyznaczenie celów dotyczących emisji CO₂).

Dyskusja i wnioski

Wydatki na energię to niewielki odsetek budżetów szpitali, jednak niemal wszystkie badane jednostki (93%) chcą podnosić efektywność energetyczną i inwestować w OZE, by poprawić swoją sytuację finansową. Wynik ten zgodny jest z przekonaniem Polaków, którzy w OZE dostrzegają możliwości przyszłych oszczędności w związku z rosnącymi cenami energii [Gwiazda, Kolbowska 2009]. Dbłość o środowisko czy realizacja celów wyznaczonych przez Unię Europejską nie mają żadnego znaczenia dla szpitali. Dowodzi tego również fakt, że tylko 4% twierdzi, że realizuje cele dotyczące emisji CO₂. Należy przy tym zauważyć, że szpitale mają problemy z zarządzaniem, np. nie wyznaczają celów [Kautsch 2008], nie dziwi więc, że nie wyznaczają celów dotyczących emisji CO₂.

Bardzo małe jest zróżnicowanie OZE wykorzystywanych przez szpitale. Wybierana jest przede wszystkim energia słoneczna. Wiąże się to zapewne z łatwością instalacji tych rozwiązań oraz dogodnymi warunkami ich dofinansowania. Większe zainteresowanie panelami solarnymi w porównaniu z instalacjami fotowoltaicznymi wynikać może z różnicy cen tych rozwiązań [Zapałowicz 2001].

Realizując i planując inwestycje w OZE, szpitale posługują się środkami własnymi i dotacjami. Bardzo rzadko sięgają po kredyty lub możliwości, jakie dają firmy typu ESCO, co można interpretować jako niechęć do ponoszenia ryzyka czy też nieumiejętność kalkulacji ryzyka i korzyści płynących z takich rozwiązań. Nie można też wykluczyć, że oferta firm komercyjnych nie wydaje się szpitalom atrakcyjna. W pewnym stopniu zdaje się to potwierdzać fakt, że 4% jednostek, które skorzystały z tego typu finansowania, nie zadeklarowało chęci skorzystania z niego w przyszłości.

Wśród barier w stosowaniu OZE wskazano czynniki zewnętrzne – przede wszystkim brak kapitału, w mniejszym stopniu problemy ze spełnieniem wymogów finansowych dotyczących inwestycji. Niepokojące jest zwrócenie uwa-

gi respondentów na brak zaangażowania i działań motywacyjnych ze strony sektora publicznego. Aktywna polityka państwa jest bowiem niezbędna do rozwoju wykorzystania OZE [Bućko 2003, s. 24]. Za czynniki najmniej istotne uznano brak zaangażowania ze strony zarządu szpitala oraz brak umiejętności zarządzania nowymi technologiami energetycznymi, co – zapewne – jest wynikiem efektu ankietiera.

Uzyskane wyniki wskazują na to, że choć szpitale mają świadomość konieczności oraz możliwości oszczędzania energii i inwestowania w OZE, ich działania w tym obszarze są zachowawcze. Inwestują w zasadzie tylko w systemy solarne, gdyż te są łatwe w instalacji i dofinansowywane. Zainteresowanie innymi OZE jest znikome, choć w planach jednostek pojawiają się też inne (niż solary) rozwiązania. Wydaje się, że wszystko to świadczy o tym, że szpitale z ostrożnością przyglądają się OZE, choć deklarują, że w przyszłości będą się (z przyczyn ekonomicznych) coraz bardziej angażować w tego typu inwestycje.

Bibliografia

Bohringer C., Rutherford T.F., *Transition towards a low carbon economy: A computable general equilibrium analysis in Poland*, „Energy Policy” 55, [dostęp: 4.04.2013] < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301421512010397> >.

Bućko P. (2003), *Dylematy rozwoju rynków energii odnawialnej*, „Rynek energii” „nr 2(45) [dostęp: 3.04.2013] < http://www.cire.pl/publikacje/dylematy_rozwoju.pdf >.

CSIOZ (2012), *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia*, Warszawa.

Gwiazda M., Kolbowska A. (2009), *Polacy o zmianach klimatu*, CBOS, Warszawa. [dostęp: 03.04.2013] < http://www.cbos.pl/PL/wydarzenia/03_konferencja/klimat.pdf >.

Kautsch M. (2008), *Projekt kompleksowego badania funkcjonowania wybranych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w Województwie Śląskim*, opracowanie dla Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego, Kraków.

Kautsch M., Whitfield M. (2001), *Zadania Menedżera*, [w:] Kautsch M., Whitfield M., Klich J. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

KOBiZE (2012), *Krajowy Raport Inwentaryzacyjny 2012. Inwentaryzacja gazów cieplarnianych w Polsce dla lat 1988–2010*, Warszawa [dostęp: 29.03.2013] < http://www.mos.gov.pl/g2/big/2012_02/fbf33a0d94cb74b2059798436f83a0c3.pdf >.

Komisja Europejska (2010), *Komunikat EUROPA 2020. Strategia na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju sprzyjającego włączeniu społecznemu*.

Komisja Europejska (2011), *Cele w ramach strategii „Europa 2020”* [dostęp: 19.03.2013] < http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/targets_pl.pdf >.

Komisja Europejska (2012), *Rozporządzenie z dnia 21 czerwca 2012 r. w sprawie monitorowania i raportowania w zakresie emisji gazów cieplarnianych zgodnie z dyrektywą 2003/87/WE Parlamentu Europejskiego i Rady*.

LCB Healthcare (2011), *Low Carbon Buildings in the Healthcare Sector*, State of the Art Report [dostęp: 19.03.2013] < <http://lowcarbon-healthcare.eu/cms/resources/uploads/File/State%20of%20the%20Art%20Report.pdf> >

Minister Infrastruktury (2002), *Rozporządzenie z dnia 12 kwietnia 2002 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie*, Dz. U. z dn. 15 czerwca 2002 r.

Minister Zdrowia (2012), *Rozporządzenie z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, Dz. U. z dn. 29 czerwca 2012 r.

Narodowy Fundusz Zdrowia (2011), *Zmiana planu finansowego na 2011 r. zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 29 grudnia 2011*.

Parlament Europejski i Rada Europejska (2009), *Dyrektywa 2009/28/WE z dnia 23 kwietnia 2009 r. w sprawie promowania stosowania energii ze źródeł odnawialnych zmieniająca i w następstwie uchylająca dyrektywy 2001/77/WE oraz 2003/30/WE*.

Świątkiewicz M., Wagner A. (2012), *How much energy in energy Policy? The media on energy problems in developing countries (with the example of Poland)*, „Energy Policy” 50. [dostęp: 3.04.2013] <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030142151200626X>>.

Zapałowicz, Z. (2001), *Kolektory słoneczne w Polsce – przegląd*, „Czysta Energia” 11 (3) [dostęp: 2.04.2013] <<http://e-czytelnia.abrys.pl/index.php?mod=tekst&id=1115>>.

Katarzyna Izabela Littwin

Uniwersytet Gdański

Rola profesjonalistów medycznych w zarządzaniu szpitalem

The role of medical professionals in hospital management

Abstract: The article presents new roles that are connected to the medical profession. Some modifications are necessary due to the changes made in hospitals as well as in their neighborhood. People working in the medical field have to develop not only medical competences but also increase their knowledge in aspects of law, safety and management. But still their main duty is to help patients in recovery and receive the best medical effects.

Key-words: medical professionals, patients, effects, hospitals.

Wprowadzenie

Zmiany w sektorze ochrony zdrowia, a co za tym idzie – w podmiotach leczniczych¹ (w szczególności w szpitalach), zachodzące dynamicznie na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat spowodowały, iż profesjonaliści medyczni nie ograniczają się tylko i wyłącznie do realizowania zadań w ramach procesów podstawowych związanych z działalnością stricte medyczną. Obecnie oddziałują oni również na obszary związane z zarządzaniem szpitalem i pełnią funkcje dotychczas w znacznej mierze zarezerwowane dla pracowników szeroko rozumianej administracji.

Aby móc bliżej przyjrzeć się aktualnie pełnionym przez profesjonalistów medycznych funkcjom w szpitalach trzeba na początku przyjrzeć się głównym procesom. W szpitalu można podzielić je na trzy grupy: procesy podstawowe związane z udzielaniem świadczeń medycznych, procesy zarządcze związane

¹ Pojęcie zostało wprowadzone przez Ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654,) i dotyczy wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

z zarządzaniem szpitalem jako organizacją oraz procesy pomocnicze wspierające procesy podstawowe i zarządcze.

Mimo że w szpitalach spotykamy wielu przedstawicieli zawodów medycznych, do których zaliczamy m.in.: lekarzy, pielęgniarki i położne, farmaceutów, diagnostów laboratoryjnych, ratowników medycznych, to uwaga w niniejszym opracowaniu zostanie skupiona na przedstawicielach dwóch grup zawodowych: lekarzach i pielęgniarkach, pełniących funkcje kierowników średniego szczebla.

Zarówno lekarze, będący liderami opieki medycznej, jak i pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w szpitalu, nie tylko ze względu na realizację procesu leczniczego, lecz także ze względu na skuteczną i efektywną realizację procesów zarządczych.

Rola profesjonalisty medycznego w obszarach związanych z zarządzaniem szpitalem

Profesjonaliści medyczni dzięki posiadaniu specjalistycznej wiedzy i doświadczenia oraz uzyskanym stopniom naukowym i wymagany przez prawo specjalizacjom zajmują w strukturach organizacyjnych szpitala coraz wyższe stanowiska i mają znaczący wpływ na strategiczne kierunki rozwoju. Pełnią nie tylko kluczowe funkcje w obszarze działalności podstawowej, ale coraz częściej również funkcje administracyjne, szczególnie na stanowiskach ordynatorów/kierowników oddziałów albo pielęgniarek oddziałowych. Od profesjonalistów medycznych związanych z zarządzaniem organizacyjnymi oddziałami/klinikami wymaga się obecnie kompetencji i umiejętności dotychczas zarezerwowanych dla personelu administracyjnego. Profesjonaliści medyczni stają się menedżerami w szpitalach i są odpowiedzialni za rezultaty procesów w nich zachodzących.

Kluczowe znaczenie ma odpowiedź na pytanie, kim jest profesjonalista medyczny.

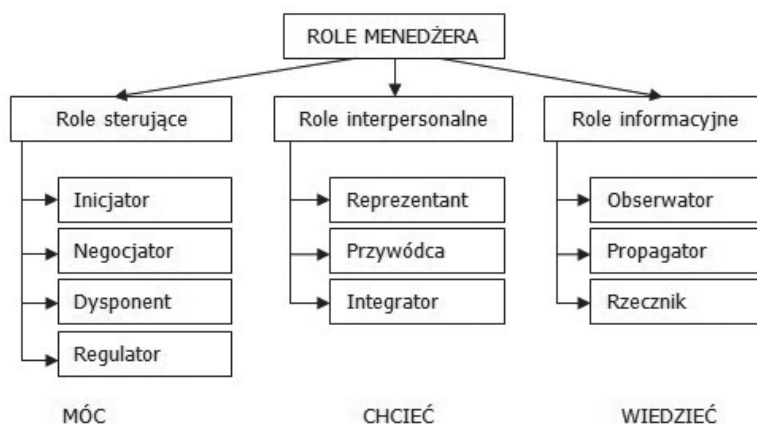
Wydaje się, że właściwe jest zdefiniowanie profesjonalisty medycznego poprzez jego formalne kwalifikacje związane z wykonywanym zawodem medycznym¹, duże umiejętności i doświadczenie zawodowe oraz wykonywanie pracy na najwyższym możliwym poziomie według obowiązujących standardów. Profesjonalista medyczny powinien przejąć odpowiedzialność zarówno za swoje kompetencje, jak i standardy wykonywanej pracy, a także za rezultaty całościowego procesu leczenia, jeśli ma na nie wpływ. Do profesjonalistów medycznych należy podejmowanie ostatecznych decyzji związanych z procesem hospitalizacji

¹ Zawód lekarza został określony w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152., natomiast zawód pielęgniarki w Ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039.

oraz wytyczanie standardów postępowania. Profesjonalista medyczny w swym postępowaniu kieruje się zasadą *primum non nocere* („przede wszystkim nie szkodzić”), która jest podstawową regułą etyki zawodowej i podstawową regułą etyki społecznej odpowiedzialności [Por: Drucker 2002, s. 106].

Profesjonalista medyczny, któremu powierzono w szpitalu stanowisko kierownicze, pełni w różnych zakresach, zależnie od okoliczności, funkcje menedżera, które są z zgodne z typologią zaproponowaną przez H. Mintzberga i dostosowane do realiów krajowych przez R. Rutkę.

Rys. 1. Role menedżera



Źródło: R. Rutka 2002, s. 90.

Na rysunku 1 przedstawiono role, które odgrywa menedżer w każdej złożonej organizacji, również w szpitalu. „Role sterowania zasobami: ta grupa ról obejmuje działania, które umożliwiają wywiązanie się podległego zespołu z powierzonych zadań. Wiążą się one więc z pozyskaniem i rozmieszczeniem zasobów w sposób sprzyjający sprawnemu działaniu. [...] Role interpersonalne: są one związane z takim kształtowaniem postaw członków podległego zespołu, aby chcieli oni realizować powierzone im zadania. [...] Role informacyjne: ich zadaniem jest umożliwienie dostępu podwładnych do tych informacji, które są niezbędne do tego, aby *wiedzieli* oni o tym: kto, co, ile, kiedy i jak ma zrobić. Wykonywanie tych ról daje kierownikowi kluczową pozycję w zespole” [R. Rutka 2002, ss. 89-91].

W zależności od odgrywanej przez profesjonalistę medycznego roli w związku z realizowanymi funkcjami podejmowane są różnorodne działania. Przykładowe działania ordynatora/kierownika oddziału/kliniki zostały przedstawione w tabeli 1.

Tab. 1. Dziesięć podstawowych funkcji kierowniczych pełnionych przez ordynatora/kierownika oddziału/kliniki

Kategoria	Rola	Przykładowe działania
Interpersonalna	reprezentant	Reprezentowanie interesów oddziału w ramach struktury wewnętrznej szpitala, udział w spotkaniach odbywających się poza szpitalem, udział w uroczystościach związanych z otwarciem oddziału.
	przywódca	Zachęcanie podległego personelu medycznego do realizacji procesu leczniczego zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia, etyką zawodową.
	integrator	Koordinacja działań podległego zespołu stanowiącego personel medyczny oddziału; koordynacja działań zespołów zadaniowych powołanych w szpitalu.
Informacyjna	obserwator	Monitorowanie rozwoju medycyny w zakresie wykonywanych świadczeń medycznych, śledzenie zmian prawnych, wdrażanych standardów leczenia, sposobów rozliczania świadczeń medycznych z płatnikiem publicznym.
	propagator	Podejmowanie działań zarówno w szpitalu, jak i na zewnątrz, np. w ramach różnego rodzaju towarzystw, organów władzy państwowej, itp.
	rzecznik	Wygłaszanie przemówień mających na celu przekazanie informacji o wdrażanych zmianach, o wynikach działalności medycznej oddziału, o planach doskonalenia organizacji procesu leczniczego, itp.
Sterująca	inicjator	Opracowywanie i wdrażanie nowych pomysłów związanych z organizacją procesu leczniczego oraz zarządzania jego ostatecznymi rezultatami.
	negocjator	Negocjowanie liczby zatrudnionego personelu medycznego w ramach oddziału oraz wielkości wynagrodzeń z dyrekcją szpitala i ewentualnie ze związkami zawodowymi.
	dysponent	Zarządzanie zasobami ludzkimi (personalem medycznym) i zasobami technicznymi (infrastrukturą, aparaturą medyczną) w celu realizacji skutecznego i efektywnego procesu leczniczego.
	regulator	Przeciwdziałanie powstawaniu głębszych konfliktów pomiędzy personelem, skutkujących nienależytą realizacją procesu leczniczego.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie obserwacji ról odgrywanych przez ordynatorów/kierowników oddziałów/poradni/zakładów w jednym ze szpitali specjalistycznych podległych Marszałkowi Województwa Pomorskiego.

Na rysunku 2 przedstawiono obszary wpływu profesjonalisty medycznego związane z zarządzaniem szpitalem. Oprócz wpływu na proces hospitalizacji pacjentów w szpitalu ukazano również obszary związane z funkcjami zarządczymi i administracyjnymi. Rozwinięcie poszczególnych zagadnień zostało zaprezentowane poniżej.

Rys. 2. Obszary wpływu profesjonalisty medycznego związane z zarządzaniem szpitalem



Źródło: Opracowanie własne.

Zarządzanie procesem leczniczym i jego końcowymi wynikami

„Dobrze określona misja organizacji pomoże nam nie zapomnieć o potrzebie patrzenia na zewnątrz nie tylko w poszukiwaniu «klientów», ale również w poszukiwaniu miar naszej skuteczności i sukcesu” [Drucker 2002, s. 71]. Misja szpitala, która jest zorientowana na pacjenta i rezultaty leczenia, umożliwia budowanie kultury organizacyjnej opartej na jakości i bezpieczeństwie pacjentów, pomiarze skuteczności i efektywności. Profesjonaliści medyczni są odpowiedzialni za określenie przebiegu procesu leczenia, wyznaczenie standardów postępowania, organizację i nadzór nad realizacją prac przez podległy personel oraz krytyczną ocenę i doskonalenie.

Jak stwierdził Peter F. Drucker „Nie ma nic bardziej nieużytecznego niż wykonywać efektywnie to, co nie powinno być w ogóle zrobione” [Swayne

Duncan, Ginter 2012, s. 497]. Dotyczy to również procesu udzielania świadczeń medycznych w szpitalu. Misją skuteczności i osiągnięcia rezultatów procesu leczenia jest stan pacjenta w dniu wypisania go ze szpitala. Założenie przy przyjęciu pacjenta, który wymaga hospitalizacji szpitalnej, jest takie, że jego stan zdrowia się stabilizuje i ulega poprawie w wyniku przeprowadzonego procesu leczenia.

Zarządzanie jakością i bezpieczeństwem pacjentów

Szpitale od kilkunastu lat z powodzeniem wdrażają systemy projakościowe, zgodnie z normami ISO bądź akredytacją szpitali¹. Jakość w szpitalu rozumiana jest jako „[...] stopień, w jakim każda usługa świadczona pacjentowi i dostarczona zgodnie z aktualnym stanem wiedzy podnosi prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego wyniku opieki i redukuje prawdopodobieństwo wystąpienia efektów niepożądanych (wg JCAHO)” [Czerw, Religioni, Olejniczak 2012, ss. 269–270.]. Wdrażane systemy projakościowe mają na celu zwiększenie stopnia osiągnięcia założonego rezultatu leczenia, efektywności i skuteczności działania, zarówno w obszarze działalności podstawowej, jak i zarządzania szpitalem. Mimo wsparcia ze strony służb administracyjnych zarządzanie jakością i systemy projakościowe opierają się na liderach procesów przebiegających w obszarze działalności medycznej, którymi są profesjonaliści medyczni. Lekarze odpowiadają za realizację procesu leczenia, natomiast pielęgniarki – za proces pielęgnowania. Dwa główne procesy są wspierane przez procesy realizowane przez diagnostów, farmaceutów, rehabilitantów, itp.

Profesjonaliści medyczni, przede wszystkim lekarze, mają wpływ na tworzenie i wdrażanie standardów leczenia oraz standardów postępowania wobec pacjentów. Wystandaryzowanie pracy lekarzy nie oznacza jednak, że każdy pacjent traktowany jest dokładnie w taki sam sposób, zawsze brane są pod uwagę czynniki dotyczące danego przypadku medycznego. W praktyce medycznej konkretne przypadki mogą wymykać się z góry ustalonym standardom. Standardy lecznicze w szpitalu wypracowywane są na podstawie doświadczenia, kompetencji i unikatowej wiedzy profesjonalistów medycznych, biorących udział w ich opracowywaniu i późniejszym wdrażaniu, a także monitorowaniu ich efektów i weryfikacji.

Kolejnym ważnym zagadnieniem związanym z jakością jest bezpieczeństwo pacjenta i pojęcie ryzyka oraz zarządzanie nim. To właśnie profesjonaliści

¹ Wśród zewnętrznych metod zapewnienia wysokiej jakości świadczeń akredytacja jest najszerszej sprawdzona na świecie i najskuteczniejsza. Jej rola we współczesnych systemach zdrowotnych polega głównie na wyszukiwaniu zagadnień, które w największym stopniu wpływają na poziom świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów. <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/cotojest.php>.

medyczni są w stanie określić ryzyko, które może zaistnieć w postaci negatywnego zdarzenia oddziałującego bezpośrednio bądź pośrednio na proces leczenia. Bez ich zaangażowania w zarządzanie ryzykiem służby administracyjne nie są w stanie zidentyfikować ryzyk ani skutecznie nimi zarządzać.

Zarządzanie personelem medycznym

Zarządzanie podległym personelem i wpływ na efekty pracy związane z realizacją procesu leczniczego czy procesu pielęgnowania jest jedną z kluczowych ról profesjonalistów medycznych zajmujących funkcyjne stanowiska w szpitalu.

„Zarządzanie przez efekty jest sformalizowanym i zintegrowanym procesem kształtowania cech, zachowań i wyników ludzkich działań związanych z wykonywaną pracą, którego celem jest wnoszenie wkładu w sukces organizacji” [Pocztowski 2005, s. 7].

Profesjoniści medyczni powinni przede wszystkim zarządzać podległym personelem na zasadzie ciągłego rozwoju kompetencji, czyli dyspozycji w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw, pozwalających realizować zadania zawodowe na odpowiednim poziomie [Filipowicz 2004, s. 17]. Rozwijane powinny być kompetencje medyczne, ale również kompetencje interpersonalne związane z budowaniem profesjonalnych relacji z pacjentami, ich rodzinami czy współpracownikami.

Zarządzanie personelem medycznym na podstawie wdrożonego modelu kompetencyjnego i efektów pracy powinno bezpośrednio przełożyć się na efektywność całego szpitala. „Od efektywności wielkich organizacji, od ich osiągnięć i rezultatów, od wyznawanych przez nie wartości, norm i stawianych sobie wymagań zależy funkcjonowanie nowoczesnego społeczeństwa, jeśli nie wręcz samo przetrwanie. [...] Organizacje, podobnie jak menedżerowie, potrzebują systematycznej pracy nad efektywnością i muszą same wyrobić sobie nawyk efektywności. Muszą się nauczyć, jak sprzyjać swoim własnym szansom i jak usuwać trudności. Muszą pracować nad uproduktywnieniem sił tkwiących w ludziach. Muszą się koncentrować i obierać priorytety zamiast próbować robić wszystko po trochu” [Drucker 2004, s. 233].

Zarządzanie kosztami

Ze względu na poczucie realnego wpływu na poziom kosztów, w przeciwieństwie do przychodów opartych na zawartych umowach z płatnikiem publicznym, w szpitalu bardzo często dyrektorzy i kadra zarządzająca, w tym profesjoniści medyczni zarządzający oddziałami, skupiają się przede wszystkim na zarządzaniu kosztami, które na ogół ujmowane są w trzy kategorie. Pierwsza to koszty ogólne, druga to tzw. koszty hotelowe i trzecia, która jest związa-

na z kosztami procesu leczniczego. Profesjonaliści medyczni mają bezpośredni wpływ na koszty leczenia, które definiujemy w następujący sposób: „[...] koszty te zależą od jednostki chorobowej; są najwyższe w pierwszych dniach pobytu pacjenta, gdy wykonywane są liczne badania diagnostyczne czy zabiegi operacyjne, a w kolejnych dniach wykazują tendencję spadkową” [Por.: Czerw, Religioni 2012, s. 474].

Każda podjęta przez lekarza w stosunku do pacjenta decyzja o sposobie leczenia, wykonaniu badań, zleceniu leków stanowi dla szpitala koszty związane bezpośrednio z procesem leczenia. Wybór sposobu leczenia należący do profesjonalisty medycznego tworzącego określone standardy leczenia ma olbrzymi wpływ nie tylko na ostateczne rezultaty leczenia, ale również na koszty związane z tym procesem i w ostateczności przekłada się na wynik finansowy szpitala.

Budowa spójnej kultury organizacyjnej i pozytywnego wizerunku szpitala w otoczeniu zewnętrznym

Profesjonaliści medyczni – przede wszystkim swym autorytetem, postawą i wyznawanymi wartościami – oddziałują na kulturę organizacyjną szpitala i zachowania innych współpracowników. „[...] W większości przypadków kultura traktowana jest jako trwały zespół wartości, przekonań i założeń charakteryzujących organizację i ich członków (podejście funkcjonalne, socjologiczne)” [Cameron, Quinn 2003, s. 135]. „Kultury budują spójność grupy i gdy członkowie tej grupy optują za wysokimi efektami, każda osoba jest motywowana do wzmożonego wysiłku” [Swayne, Duncan, Ginter 2012, s. 452].

„[...] Według Harris Interactive Health Care Poll dobra reputacja oraz polecenie zaufanego lekarza to dwa najważniejsze wskaźniki jakości opieki medycznej. Czynniki te znalazły się na wyższym miejscu niż bardziej konkretne wskaźniki zasobów, łącznie z lokalizacją, wyglądem oraz stanem infrastruktury” [Swayne, Duncan, Ginter 2012, s. 183].

W każdym szpitalu największą rolę w budowaniu pozytywnego wizerunku w otoczeniu zewnętrznym odgrywają profesjonaliści medyczni, którzy mają najczęstszy kontakt z pacjentami i ich bliskimi. Od ich zachowań, profesjonalizmu w działaniu, wyznawanych wartości, zachowań etycznych zależy pozytywna opinia w otoczeniu zewnętrznym. Szpitale powszechnie prowadzą obecnie badania opinii pacjentów na temat ich medycznej i niemedycznej działalności. Z badań wyraźnie wynika, iż o pozytywnej reputacji szpitala decydują relacje pomiędzy pacjentami a lekarzami i pielęgniarkami wytworzone w trakcie procesu leczenia oraz realizowanie standardów leczenia na najwyższym możliwym poziomie jakościowym.

Podsumowanie

Podnoszone w artykule kwestie dotyczące nowych funkcji pełnionych w szpitalach przez profesjonalistów medycznych nie oddają złożoności tej problematyki. Wydaje się, iż tendencja zmiany akcentów jest nieodwracalna ze względu na skomplikowanie procesów zachodzących zarówno w otoczeniu zewnętrznym szpitali, jak i w środowisku wewnętrznym. Stawiane przez społeczeństwo coraz wyższe wymogi co do profesjonalizmu personelu medycznego zatrudnianego w szpitalach, osiągania pozytywnych rezultatów procesu leczenia, zwiększania bezpieczeństwa pacjentów oraz wzrostu jakości usług powodują, że profesjonalści medyczni muszą patrzeć na proces leczenia znacznie szerzej niż tylko na jego poszczególne elementy związane z hospitalizacją pacjenta. Na profesjonalistach medycznych rzeczywistość wymusza rozwijanie kompetencji związanych nie tylko z medycyną, ale również z prawem, ekonomią i zarządzaniem. Trzeba mieć jednak nadzieję, że ta wielość funkcji pełnionych aktualnie przez profesjonalistów medycznych w szpitalach nie spowoduje zachwiania ich najważniejszej roli w zakresie niesienia pomocy i leczenia pacjentów w celu uzyskania jak najlepszych efektów medycznych.

Bibliografia

- Cameron K.S., Quinn R.E. (2003), *Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków.
- Czerminski A., Czerwaska M., Nogalski B., Rutka R., Apanowicz J. (2002), *Zarządzanie organizacjami*, TNOiK Dom Organizatora, Toruń.
- Czerw A., Religioni R., Olejniczak D. (2012), *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*, „Probl. Hig. Epidemiol.”, 93(2).
- Drucker P.F. (2004), *Menedżer skuteczny*, MT Biznes, Warszawa.
- Drucker P.F. (2002), *Mysli przewodnie Druckera*, MT Biznes, Warszawa.
- Filipowicz G. (2004), *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.
- Pocztowski A. (2005), *Zarządzanie przez efekty jako integralna część funkcji personalnej*, „Zeszyty Naukowe” nr 679, Kraków.
- Swayne L.E., Duncan W.J., Ginter P.M. (2012), *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.

Akty prawne:

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, Dz. U. 1997, Nr 28, poz. 152.

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654.

Źródła internetowe:

Oficjalna strona Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia <http://www.cmj.org.pl/akredytacja/cotojest.php>

Roman Lewandowski

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny dla Dzieci w Ameryce

Perspective of control in the light of professional and managerial role within health care organisations

Abstract: The medical profession has always a high degree of autonomy. However, the rapid growth of health care costs that has started in the second half of the last century, has forced governments to tighten the control over medical practice and introduce managers into medical organizations, and also to induce competitive forces in health care systems. However, there is no conclusive evidence that the juxtaposition of bureaucratic and market control mechanisms with the autonomy of the medical profession has led to cost reduction. These actions strengthened, however, the conflict between the role of a manager focused on cost control and the role of a doctor directed towards quality control.

One of the key area where the control mechanisms have low efficacy, is treatment of patients with multi chronic conditions, as in this case, the coordination of the therapeutic process must include the alignment of actions of various specialties. At the organization level bureaucratic mechanisms of coordination dominated, at the specialty/ward level clan mechanisms within the therapeutic team are functioning. However, in the spaces between autonomous teams of specialists neither bureaucratic mechanism nor clan mechanism of control is effective.

From the literature review appears, that the medical profession response to tighter control is a combination of defensive mechanisms. Therefore, it seems that the chance of improving health care effectiveness is not the strengthening of control, but the cultural changes within medical profession resulting affirmation of cost control behaviour.

Keywords: Health care, control mechanisms, Professionalism, Managerialism, Medical profession

Introduction

Autonomy always was a fundamental right of medical profession. Rising costs of health care services call governments' attention to impose tighter controls

over medical practise. One idea to increase efficiency in health care delivery has been the implementation of corporate-like management structure in medical settings. In Europe the general management was introduced first in 1983 in Sweden [Von Knorring 2010] and in 1984 in the UK [Davies, Harrison 2003, pp. 646–649] what allows to introduce other professionals than physicians to manage health care organisations and interfere at operational level with health care services delivery. But the results of this initiative are still not clear.

During the last decades a lot of research concerning problems related to management control systems in the health care sector has been carried out. It was focused on the following areas: consequences for controllability and accountability while using management control systems [Abernethy, Lillis 2001, pp. 107–129; Modell, Lee 2001, pp. 191–218; Abernethy, Vagnoni 2004, pp. 207–225]; management accounting systems [Eldenburg 1994, pp. 96–121; Kim 1988, pp. 472–489; Mia, Goyal 1991, pp. 249–266]; budgeting systems [Covaleski, Dirsmith 1983, pp. 323–340; Abernethy, Stoelwinder 1991, pp. 105–120; Purdy, 1993, pp. 45–66; Nyland, Pettersen 2004, pp. 77–102]; new form of costing systems, performance management, benchmarking and balanced scorecard [Abernethy 1996, pp. 141–156; Aidemark 2001, pp. 23–40; Jones 2002, pp. 163–188; Abernethy et al. 2005, pp. 135–155; Lewandowski 2008, pp. 84–95; 2009, pp. 32–36]; accounting versus non-accounting forms of control [Abernethy, Stoelwinder 1995, pp. 1–17]; professional – managerial relationship and control [Correia 2013, pp. 255–267; Kuhlmann, et. al. 2011, pp. 722–724; 2012; 2013]. But no universal system of control in health care organisations has been developed. Neither market based control mechanisms like prices or administrative/bureaucratic models of performance management nor professional/clan control modes show unambiguous proof in lowering operating costs at comparable quality [Zucker 1991, pp. 157–190; Abernethy, Stoelwinder 1995, pp. 1–17].

Introduction of professional managers into health care settings undoubtedly brings more financial orientation into the field of medical practice. For example, some hospitals use case-mix (DRG) tariffs to screen patients and apply pressure on doctors in order to admit only the profitable ones [Covaleski et al. 1993, pp. 65–80; Moryś 2012], they also use specialist software which enables to screen diagnostic codes and associated features like lengths of stay and delivered medical procedures to maximize hospital revenues [see also: Samuel et al. 2005]. The economic pressure is in contradiction with traditional humanitarian role of medicine. This leads to conflicts between professionalism represented by medical staff, mainly doctors, and managerialism represented by other professionals such as lawyers, economists, and also doctors, who take a managerial role. Since professionals are the core operational staff in hospitals

it is impossible to buffer them from administrative, performance based forms of control. So, doctors have to combine contradictory demands of professional autonomy and institutional medical service purchasers. But no strong evidence that introduction of managerialism increase the degree of control over medical autonomy has been delivered yet [Abernethy, Stoelwinder 1995, pp. 1–17].

The aim of the article is to provide an overview of a growing topic concerning managerial control of medical practice. Since a lot of topics have to be covered in a short space, many key points have been addressed very briefly.

Control within organizations dominated by professionals

The most straight forward definition of control is to check whether the result is consistent with previously adopted standard [Adamiecki 1985, p. 232; Zieleniewski 1972, p. 32], and in early research control in organisations was understood according to Weber [1947] as a problem in creating and monitoring rules through a hierarchical authority system, which could be interpreted as cybernetic process of testing, measuring and providing feedback. It was regarded predominantly as administrative or bureaucratic process. Koontz and O'Donnell [1969, p. 660] drew attention that control should be linked to planning. They claim that at the stage of planning the way of future control should be predicted. Rutka [2001, p. 375] indicates relationship with two next functions of management - organizing and motivating. Hatch [2002, p. 323] claims that coordination and order, which arise from the divergent interests and potentially disorderly behaviour of members, are mostly a function of control. Etzioni [1965, pp. 650–670] understands control as equivalent of power and Tannenbaum [1968] as the amount of interpersonal influence relations.

Ouchi [1979, pp. 833–848] pointed out that a group of people can be moved towards cooperative action through one of three devices: market, clan or bureaucratic mechanism. Free market control system based on explicit prices of transactions and clan control mechanisms based on implicit naturally formed values, norms and rules are the cheapest ways of control. Only if none of those mechanisms are possible to introduce, costly bureaucratic form of control should be applied. Bureaucratic mechanism of control is less efficient then the market one, because of administrative overhead consumed. However, in many circumstances mostly due to a product or a service complexity, like in medical services - market mechanism is ineffective .

Clans differ fundamentally from bureaucracies for they do not require explicit auditing and evaluation, instead they employ some kind of implicit signals that are possible to recognise only among intimate co-workers but could not be used as measurable indicators. Ouchi [1980, pp. 129–141] summarizes the three mechanisms of control in such a way: “Different combinations

of these causes distinguish three basic mechanisms of mediation or control: markets, which are efficient when performance ambiguity is low and goal incongruence is high; bureaucracies, which are efficient when both goal incongruence and performance ambiguity are moderately high; and clans, which are efficient when goal incongruence is low and performance ambiguity is high.” This means that organisations could perform effectively either when results of individual work could be precisely measured or people could trust each other that none of them will present opportunistic behaviour.

According to Ouchi [1979, pp. 833–848] when the socialisation process occurs in the group such as physicians or nurses who work in different organisations but believe in similar values we can name them as a profession. According to Orlikowsky [1991, pp. 9–42] “professional control” is similar to clan control mechanism despite the fact that the professional values and norms on which professional control is based originate from outside the organisation, from professional group.

Contemporary management structure in health care organisations seems to use most of above mentioned control mechanisms but still the interplay between them is not profoundly investigated. Saltman et al. [2011] argued that the traditional, monolithic, command-and-control model of public hospital leadership is not a viable approach to hospital governance. Abernethy and Brownell [1997, pp. 233–248] have noticed that as long as research has been overlooking the interdependency between different control mechanisms operating at the same time in the same organization the understanding of management control systems will remain ‘piecemeal’. Also the relationship amid health care actors within and outside health care organisations is not efficiently explored

Medical profession

The main workforce within health care organisations are members of medical profession, so the investigation of its relation to the organisation they work, to other staff, to themselves and to the society is of vital importance. A profession could be defined as “highly specialized and grounded in a body of knowledge and skills a group of professionals that is given special status in the labour force, its members are certified through a formal educational program controlled by the profession, and qualified members are granted exclusive jurisdiction and a sheltered position in the labour market [Freidson 2001]”. Attributes of a profession are self-regulation and self-control [Orlikowsky 1991, pp. 9–42] as well as social obligation. This means that profession fulfils in the society two incongruent functions as a ‘servant’ and an ‘officer’ [Kuhlmann, Burau 2008, pp. 619–633]. Professionals should have an ideology that grants prio-

rity to perform valuable and needed work than to economic profitability and self-rewards [Freidson 2001]. Within profession the contradiction between altruism and professional self-interest is established [Saks 1999, p. 13]. Consequently, some concern related to the effectiveness of professional control is rising. Johnson [1977, pp. 93–110] and Freidson [1970, 1975] supply some evidence how professionals have exploited their expertise in organizations to attain dominance and authority to achieve their own goals rather than those of the organization. On the other hand Dixon-Wood et al. [2011, pp. 1452–1459] cites many examples of medical scandals occurring during last twenty years in the UK which are “ending a collegial model of self-regulation of the medical profession that had endured for 150 years”. This view is supporting Relman [2008] claims that in the US where health care become one of the biggest industry driven mostly by private businesses concentrating mostly on maximizing income and profit – the professional ideology is at stake. Similar processes are in Europe, they are transited by global, pharmaceutical companies which influence physicians’ behaviour by supporting their postgraduate and continuing education in a mode that helps its marketing purposes [DeAngelis 2005]. This leads to the situation that medical profession which should be an independent agent for patients, and should have independent information concerning drugs is educated by their producers [Relman 2001, pp. 2009–2012]. Many physicians support the ideology transformation as they view medical practice “as a demanding and technical business that requires extensive, credentialed education and great personal responsibilities—but a business nevertheless” [Relman 2008].

Control of medical practice

Western European countries are attempting to apply the new neo-liberal health policies of managerialism, markets and consumer ‘choice’ and put the provision of health care in increasingly stronger public control executed through managerial procedures, performance indicators together with evidence-based medicine and clinical guidelines [Kuhlmann, Burau 2008, pp. 619–633]. It is expected that tighter control increases accountability of professionals and the safety of the public [Lambert et al. 2006]. But Kuhlmann and Burau [2008, pp. 619–633] argued that the new regulatory tools may also increase the professional power, as medical professionals are these experts who produce scientific evidence and medical guidelines on which policy decisions are based. Even though, professionalism could be seen primarily as a strategy for regulating labour markets, control its own affairs [Moran 1999] and its altruism is questioned, it is still difficult to substitute some roles that medical profession fulfils in contemporary society, as:

-
- the key operational staff in health care systems who not only plan and conduct the work within their wide range of autonomy, but they also measure the results of their actions themselves,
 - the leading body of healthcare services development and innovation agents,
 - ‘mediators’ between the state and its citizens to legitimize political decisions and to maintain public trust in social services [Kuhlmann 2008, Lewandowski 2011a; 2011b pp. 33–38; pp. 88–96].

Professionalism vs. Managerialism

During the last decades governments’ policy has shifted formal authority from medical professionals to managers [Abernethy, Chua 1996, pp. 569–606; Covaleski et al. 1993, pp. 65–80; Doolin 1999, pp. 397–417; Abernethy et al. 2007; Von Knorring et al. 2010] what gives managers instrumental power based on their formal position. However, it is difficult to find evidence that this change increases the control over physicians and changes large amount of autonomy and independence the professionals exercised at core operational level [Salter 2007, pp. 263–275; Von Knorring et al. 2010]. One of the reasons why granting managers formal power does not increase control over medical profession is the foundations for professionalism as a formalized codes of knowledge supported by clinical expertise [Turner 1995]. In general physicians are accountable for a recognizable, concrete tasks based on their medical knowledge, expertise and experience that is undisputable [Abbott 1988]. Medical services always were controlled by medical professions, who have dominated decision making in hospitals [Chua, Degeling 1991, pp. 109–137], since these individuals had not only the required knowledge and experience, but moreover they had been socialized to act independently without formal administrative controls and in condition of uncertainty [Abernethy, Stoelwinder 1995, pp. 1–17].

Managers role in health care organisations has been established only during last decades and cannot be regarded as a profession in a classical meaning [Freidson 2001; Abbott 1988]. Managers could not refer to explicit “evidenced-based” knowledge like doctors (Kuhlmann, Burau 2008, pp. 619–633). Moreover, due to longer and more formalised educational path for doctors compared to managers, the diffusion between those two professions practically is possible only in one way. A doctor after one or two years of postgraduate program (for example, MBA) could be regarded as a manager, but to be a medical doctor with specialty required minimum ten years of training.

Research conducted in Sweden shows that top managers in health care organisations perceived their managerial role as weak despite the fact that they hold strong formal power and authority [Von Knorring et al., 2010] and

are eligible to use managerial tools to influence such powerful components of organisations as structure, process design, incentive system and even culture, norms and values. Significant part of literature concerning managers and professionals relation treated these two roles as contradictory [Noordegraaf 2011, pp. 1349–1371], seeing doctors as accountable for quality control through self-governance while managers for cost control via bureaucratic mechanisms. But some authors are arguing that there is no ‘bottom-up professional resistance’ in opposition to a ‘top-down managerial change’ (Waring and Currie 2009, pp. 755–778) or managers are not only the single carriers of neo-liberal reform and organizational control versus professionals as the victims of organizational control and single guardians of professional standards and values [Noordegraaf 2011, pp. 1349–1371]. Within a health care organization these two roles are combined and re-combined throughout continuous encounters creating ‘hybrid’ control environment (Saltman et al., 2011a) and even hybrid professionals like medical managers [Noordegraaf 2011, pp. 1349–1371]. The newest research indicates that managerial and professional self-governing procedures increasingly coexist and integrate [Kuhlmann et al. 2012]. This integration processes are leading to the ‘rise of a new professionalism’ [Kuhlmann, 2006] but the connection between medicine and management is not homogenous. Some medical professionals create their own managerial procedures others adopt management values and tools, or remain indifferent to them (Martinussen, Magnussen 2011, pp. 193–200). More diverse picture is seen from comparative research concerning six European countries [Kuhlmann et al. 2011, 722–724]. There is no uniform model of control across European healthcare systems (Denmark, England, Germany, Greece, Poland and Spain), created by different forces and tools applied by policy makers and societies to achieve cost effectiveness and high quality of care. The common parts of these European examples are the connection and re-connection of the self-governing, clan-type professional controls and managerial bureaucratic tools, and also elements of market-driven control mechanisms [Kuhlmann et al. 2011, 722–724].

But the differences within one country shown by health care employees in incorporating and using in practice sets of self-control and bureaucratic managerial tools could arise from diversities in exercising clinical practice at the core operational level at various specialties/subunits. Research conducted in major Canadian teaching hospital proves that there is significant variability in operating and controlling clinical practice in a hospital - depending on the specialty [Lamothe, Dufour 2007, pp. 67–85]. Authors claims that ‘The variability within the operating core of health care organizations stems from the uncertainty generated by the patients’ health conditions and the related complexity of work arrangements’ [Lamothe, Dufour 2007, pp. 67–85]. Correia [2013, pp.

255–267] has achieved similar results, he claims among others that ‘there is no uniform response in relation to managerial expectations. Whereas some are committed to their patients, others respond to financially-driven interests to conduct expensive and high risk procedures’

Conclusions

According to the literature review the main cause of professional-managerial friction is the goal incongruences between these groups of professionals.

Within large organisations like contemporary hospitals, the attempt to connect and arrange, the three generic mechanisms of control selected by Ouchi [1979, pp. 833–848]: clan type professional self-control, managerial/bureaucratic, and market driven mechanisms is challenging.

Operations on a hospital level could be coordinated only through bureaucratic hierarchy, but processes concerning care of individual patients on specialty/ward level are mostly coordinated according to clan type, self-control mechanisms inside therapeutic teams. But nowadays around 50% of patients in OECD countries have multiple chronic conditions [Anderson 2011]. This leads to the need of ensuring a multi specialised patients care, what in reality demands coordination between hospital wards. And arguably, the most inefficient level of hospital coordination are processes concerning multi condition patients, where a patient has to be treated by a number of different therapeutic teams. In this vacuum between specialty areas/wards, autonomous clans have to interact, where neither bureaucratic nor clan self-control or market-driven mechanisms of coordination are able to work.

In this inter-specialty zone in other words ‘no men’s land’, growing economic pressure imposed on individual medical-department financial results only increases goals discrepancy. Since most frequently, problems are arising with patients whose treatment is too expensive compared to the payment (e.g. under DRG). Another element that hinders coordination at this level is over-specialization of medical professionals, what leads to tribal behaviour referred to by Plochg [2013, pp. 24–27]. Mutually supporting forces of the growing economic pressure on individual medical departments on the one hand, and tribal behaviour of individual specialties on the other hand, shape barriers difficult to overcome by the bureaucratic mechanisms. There is also no convincing evidence that the encroachment of managers into the jurisdiction of inter-medical teams’ area is a remedy to improve the coordination and effectiveness. Attempts to increase goal congruence between managers and doctors are mostly ineffective because these groups of people are motivated by different factors.

For example, doctors’ intention is to make their work more interesting and satisfactory, by conducting scientific research and protect the right to have si-

significant comfort at work. At the same time managers want to show their executive ability to curb costs, increase efficiency and revenue. Additionally doctors are driven by clinical excellence, and their individual patient's satisfaction, while managers by good financial results and external perception of the organization or unit.

The relationship between managerial and professional role will be problematic until behaviour associated with financial attitude and cost control is socially awarding within the medical profession itself.

A harbinger of change shows cross-country comparative research conducted at the meso-level of the organization in a range of European countries. It reveals a general trend towards mixed forms of governing and more integrated modes of managerial and professional control [Kuhlmann et al. 2013]. The results of this study confirm a trend to "an end to dichotomous concepts of contradicting logics of management and medicine/professionalism, highlighting that 'a manager is sitting in doctors' mind'" [Kuhlmann et al. 2013].

The main recommendation after the review could be to impose more effort on a cultural change rather than to increase strength of control. For medical professions always find a way to co-opt, adapt or circumvent managerial initiatives [Waring, Currie 2009, pp. 755–778].

References:

- Abbott A. (1988), *The system of professions*, London: The university of Chicago Press.
- Abernethy M. A. (1996), *Physicians and resource management: the role of accounting and non-accounting controls*, "Financial Accountability & Management", z. 12(2).
- Abernethy M. A., Chua W. F. (1996), *A field study of control system "redesign": the impact of institutional processes on strategic choice*, "Contemporary Accounting Research", z. 13(2).
- Abernethy M. A., Horne M., Lillis A. M., Malina M. A., Selto, F. H. (2005), *A multi-method approach to building causal performance maps from expert knowledge*. "Management Accounting Research", z. 16(2).
- Abernethy M. A., Lillis, A. M. (2001), *Interdependencies in organization design: a test in hospitals*, "Journal of Management Accounting Research", z. 13(1).
- Abernethy M. A., Stoelwinder J. U. (1991), *Budget use, task uncertainty, system goal orientation and subunit performance: a test of the "fit" hypothesis in not-for-profit hospitals*, "Accounting, Organizations and Society", z. 16(2).
- Abernethy M. A., Stoelwinder, J. U. (1995), *The role of professional control in the management of complex organizations*. *Accounting, Organizations and Society*, z. 20(1).

- Abernethy M. A., Vagnoni E. (2004), *Power, organization design and managerial behaviour*, "Accounting, Organizations and Society", z. 29(3–4).
- Abernethy M., Chua W.F., Grafton J., Mahama H. (2007), *Accounting and Control in Health Care: Behavioural, Organisational, Sociological and Critical Perspectives* [w:] Chapman S., Hopwood A.G., Michael D., Shields R. (red.), *Handbook of Management Accounting Research Edited by Christopher*, Elsevier Ltd.
- Abernethy M.A., Brownell P. (1997), *Management control systems in research and development organizations: the role of accounting, behavior and personnel controls*, "Accounting, Organizations and Society", z. 22.
- Adamiecki K. (1985), *O nauce organizacji*, PWE, Warszawa.
- Aidemark L.G. (2001), *The meaning of balanced scorecards in the health care organisation*, "Financial Accountability & Management", z. 17(1).
- Anderson G. (2011), *The latest disease burden challenge: People with multiple chronic conditions*, [w:] OECD, *Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*, chapter 1. Paris: OECD Publishing,.
- Correia T. (2013), *The interplay between managerialism and medical professionalism in hospital organizations from the doctors' perspective: a comparison of two distinctive medical units*, "Health Sociology Review", z. 22(3).
- Covaeski M. A., Dirsmith M. W. (1983), *Budgeting as a means for control and loose coupling*, "Accounting, Organizations and Society", z. 8(4).
- Covaeski M. A., Dirsmith M. W., Michelman J. E. (1993), *An institutional theory perspective on the DRG framework, case-mix accounting systems and health-care organizations*, "Accounting, Organizations and Society", z. 18(1).
- Davies H.T.O., Harrison S. (2003), *Trends in doctor-manager relationships*, "BMJ", 326(7390).
- DeAngelis C. D. (2005), *Rainbow to dark clouds*, "JAMA".
- Dixon-Wood M., Yeung K., Bosk C.L. (2011), *Why is UK medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving "bad apple" doctors*, "Social Science & Medicine", z. 73.
- Eldenburg L. (1994), *The use of information in total cost management*, "The Accounting Review", z. 69(1).
- Etzioni A. (1965), *Organizational control structure*, [w:] J.G. March, (red.), *Handbook of organizations*, Rand McNally, Chicago, III.
- Freidson E. (1970), *Professional Dominance: The Social Struciuure of Medical Care*, Atherton: New York.
- Freidson E. (1975), *Doctoring Together: A Study of Professional Social Control*, University of Chicago Press: Chicago.

- Freidson E. (2001), *Professionalism: The Third Logic*, Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Hatch M.J. (2002), *Teoria organizacji*, PWN, Warszawa.
- Johnson T. J. (1977), *The Professions in the Class Structure*, [w:] Scasc, R. (red.), *Industrial Society, Class, Cleavage and Control*, (London: Allen & Unwin.
- Jones C. S. (2002), *The attitudes of British National Health Service managers and clinicians towards the introduction of benchmarking*, "Financial Accountability & Management", z. 18(2).
- Kim K. K. (1988), *Organizational coordination and performance in hospital accounting information systems: an empirical investigation*, "The Accounting Review", z. 63(3).
- Koontz H., O'Donnell C. (1969), *Zasady zarządzania. Analiza funkcji kierowniczych*, PWN, Warszawa.
- Kuhlmann E. (2006), *Traces of Doubt and Sources of Trust: Health Professions in an Uncertain Society*, "Current Sociology", z. 54, DOI: 10.1177/0011392106065092.
- Kuhlmann E. (2008), *Governing beyond markets and managerialism: professions as mediators*, [w:] Kuhlmann, E., Saks, M. (red.) *Rethinking professions. International direction in healthcare*, Bristol: Policy Press.
- Kuhlmann E., Burau V. (2008), *The 'Healthcare State' In Transition: National and international contexts of changing professional governance*, "European Societies", R. 10, z. 4, nr 633, (DOI: 10.1080/14616690701871886).
- Kuhlmann E., Burau V., Correia T., Lewandowski R., Lionis C., Noordegraaf M., Repullo J. (2012) *Hospital Control Assessment Framework (H-CAF)©*. [online] http://www.dr-in-mgmt.eu/project_management/, dostęp: 15 maja 2013.
- Kuhlmann E., Burau V., Correia T., Lewandowski R., Lionis C., Noordegraaf M., Repullo J. (2013), *A manager in doctors' mind: A comparison of new modes of control in European hospitals*, "BMC Health Services Research", 13:246.
- Kuhlmann E., Burau V., Larsen C., Lewandowski R., Lionis C., Repullo J. (2011), *Medicine and management in European healthcare systems: How do they matter in the control of clinical practice?*, "International Journal of Clinical Practice", z. 65(7).
- Lambert, H., Gordon, E. J., Bogdan-Lovis, E. A. (2006), *Introduction: Gift horse or Trojan horse? Social science perspectives on evidencebased health care*, "Social Science and Medicine", z. 62.
- Lamothe L., Dufour Y. (2007), *Systems of interdependency and core orchestrating themes at health care unit level*, "Public Management Review", z. 9(1).
- Lewandowski A. R. (2011c), *Zaufanie w ochronie zdrowia*, „Współczesne zarządzanie”, z. 1.

Lewandowski R. (2008), *Wykorzystanie Zrównoważonej Karty Wyników w organizacjach ochrony zdrowia – studium przypadku*, „Współczesne Zarządzanie”, z. 4.

Lewandowski R. (2009), *Zastosowanie Zrównoważonej Karty Wyników i Modelu Doskonałości EFQM w publicznych organizacjach ochrony zdrowia*, „Przegląd Organizacji”, z. 4.

Lewandowski R. (2011b), *Wpływ poziomu zaufania na korzyści uzyskiwane przez wybrany polski szpital*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa”, nr 1(732).

Lewandowski R.A. (2011a), *Trust in Health Care: Susceptibility to Change [w:] Organizational Relations as a Key Area of Positive Organizational Potential*, (red.) Chodorek M., Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.

Martinussen P., Magnussen J. (2011), *Resisting market inspired reform in health care: The role of professional subcultures in medicine*, “Social Science & Medicine”, z. (73)

Mia L., Goyal M. (1991), *Span of control, task interdependence and usefulness of MAS information in not-for-profit government organizations*, “Financial Accountability & Management”, z. 7(4).

Modell S., Lee A. (2001), *Decentralization and reliance on the accountability principles in the public sector*, “Financial Accountability & Management”, z. 17(3).

Moran M., (1999), *Governing the Health Care State, United Kingdom*, [online], www.sfaa.gov.hk/doc/en/scholar/seym/9_Moran.doc, dostęp: 40 kwietnia 2013.

Moryś J. (2012), *List otwarty-raport Rektora Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego do Przewodniczącego Rady Pomorskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, „Rynek Zdrowia”* [online], <http://www.rynekzdrowia.pl/Pliki/118594.html>, dostęp: 4 maja 2013.

Nogalski B., Apanowicz J., Rutka R., Czermiński A., Czerska M. (2002), *Zarządzanie organizacjami*, TNOiK. Toruń.

Noordegraaf M. (2011), *Risky business: How professionals and professional fields (must) deal with organizational issues*, “Organization Studies”, z. 32(10).

Nyland K. & Pettersen I. J. (2004), *The control gap: the role of budgets, accounting information and (non-) decisions in hospital settings*, “Financial Accountability & Management”, z. 20(1).

Orlikowski W. J. (1991), *Integrated Information Environment or Matrix of Control? The Contradictory Implications of Information Technology*, [online] <http://dspace.mit.edu/bitstream/handle/1721.1/48261/integratedinform00orli.pdf?sequence=1>, dostęp: 28 kwietnia 2013.

Ouchi W.G. (1979), *A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms*, “Management Science”, z. 25.

- Ouchi W.G. (1980), *Markets, Bureaucracies, and Clans*, "Administrative Science Quarterly", z. 25.
- Plochg T. (2013), *Reconfiguring health professionalism towards addressing multimorbidity*, Eurohealth2013, z. 19(2).
- Purdy D. E. (1993), *Accounting, controls, change and the perceptions of managers: a longitudinal study of ward units in a teaching hospital*, "Financial Accountability & Management", z. 9(1).
- Relman A. S. (2008), *Medical professionalism in a commercialized health care market*, "Cleveland Clinic Journal Of Medicine", z. 75, Supplement 6.
- Relman A.S. (2001), *Separating continuing medical education from pharmaceutical marketing*, JAMA, z. 285.
- Saks, M. (1999), *Professions, markets and public responsibility*, [w:] M. Dent, M. O'Neill and C. Bagley (red.), *Professions, Public Management and the European Welfare State*, Stafford: Staffordshire University Press.
- Salter B. (2007), *Governing UK medical performance: A struggle for policy dominance*, "Health Policy", z. 82.
- Saltman R.B., Durán A., Dubois H.F.W. (Eds.) (2011). *Governing public hospitals*. Copenhagen: WHO, [online], http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/154160/e95981.pdf, dostęp: 25 kwietnia 2013.
- Samuel S., Dirsmith M. W., McElroy B. (2005), *Monetized medicine: from the physical to the fiscal*, "Accounting, Organizations and Society", z. 30(3).
- Tannenbaum A. (1968), *Control in Organisations*, McGraw-Hill, New York.
- Turner, B. S. (1995), *Medical Power and Social Knowledge* (2nd edition), London: Sage.
- Von Knorring M., von de Rijk A., Alexanderson K. (2010), *Managers' perceptions of the manager role in relation to physicians: A qualitative interview study of the top managers in Swedish healthcare*, "BMC Health Services Research", 10:271, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/271>.
- Waring J., Currie G., (2009), *Managing expert knowledge: Organizational changes and managerial futures for the UK medical profession*, "Organization Studies", z. 30(7).
- Weber M. (1947), *The Theory of Social and Economic Organization*. Translated By A. M. Henderson And Talcott Parsons, New York Oxford University Press (<http://www.questia.com/PM.qst?a=o&d=85644401>), dostęp: 2 maja 2013.
- Zieleniewski J. (1972), *Organizacja zespołów ludzkich*, PWN, Warszawa.
- Zucker L. G. (1991), *Markets for Bureaucratic Authority and Control: Information Quality in Professions and Services*, Research in the Sociology of Organizations", z. 8.

Marcin Kautsch

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Sylwia Sobieralska

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Kto zarządza polskimi szpitalami?

Who manages polish hospitals?

Abstract: This article is aimed at presenting results of the study conducted in 108 hospitals in Poland concerning a profile of a hospital CEO. The study showed that there is a visible change of that profile. Compared to their predecessors, there are more women (42%) and less persons with medical background (63%) among hospital CEOs. Majority of the studied group (all women) continue their education during post-graduates (mainly managerial and economic) courses. The CEO job is more stable than it was in the beginning of the last decade.

Key-words: hospital CEO, manager, changes, study results.

Wprowadzenie

Wiedza personelu medycznego bez prawidłowej organizacji pracy, nie gwarantuje satysfakcji pacjentów i pracowników [Brzezińska 2010, s. 67]. Efektywna praca personelu medycznego jest możliwa dzięki odpowiedniemu doborowi personelu, zarządzanego przez osobę do tego przygotowaną [Bartkowiak 2008, ss. 333–335]. Przykładem ilustrującym, że profesjonaliści medyczni nie dają wspomnianych wyżej gwarancji, są wyniki kontroli opisanej w raporcie Najwyższej Izby Kontroli. Organ ten „negatywnie ocenia funkcjonowanie skontrolowanych instytutów¹ nadzorowanych przez MZ², przede wszystkim z powodu niezadowalającej skali realizacji zadań ustawowych przez te jed-

¹ Chodzi o instytuty naukowo-badawcze.

² MZ – Ministerstwo Zdrowia.

nostki oraz ich złej kondycji finansowej” [Najwyższa Izba Kontroli 2012, s. 6]. Jak widać, szpitale o najwyższym stopniu referencyjności, zatrudniające (przynajmniej w teorii) najlepszych specjalistów, nie spełniają pokładanych w nich oczekiwań – medycznych i finansowych. Przywoływany raport wskazuje na szereg błędów i niedociągnięć natury organizacyjnej w kontrolowanych jednostkach [Najwyższa Izba Kontroli 2012, ss. 12-29], a więc na problemy z zarządzaniem. Trudno przecenić wpływ, jaki na kliniczną jakość usług ma personel medyczny, dobra kondycja finansowa i brak długów szpitalnych to przede wszystkim kwestia tego, jak placówka jest zarządzana [Malinowska–Misiąg i in. 2008, s. 119]. Powyższe pokazuje, jak ważna dla funkcjonowania placówki jest osoba nią kierująca. System ochrony zdrowia, którego elementem są szpitale, jest wciąż krytycznie oceniany przez Polaków [Diagnoza Społeczna 2011, ss. 126–127]. Choć – z pewnością – nie tylko dyrektorzy szpitali odpowiadają za ww. oceny systemu, można zadać pytanie, kto zarządza jednostkami tak istotnymi dla funkcjonowania tego systemu.

Personel medyczny zobowiązany jest do doskonalenia zawodowego [Putz 2004, s. 86–87]. Obowiązku takiego nie mają zarządzający, a wymogi, jakie miałby spełniać dyrektor szpitala, nie są w Polsce unormowane szczegółowymi przepisami (co ma miejsce w przypadku personelu medycznego). Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej (ZOZ) [Ustawa 1991] stwierdza tylko, że obsada stanowiska dyrektora następuje na drodze konkursu. Ustawa ta nakładała na dyrektora (kierownika) szereg zadań, w tym odpowiedzialność za zarządzanie zakładem. Powyższe zostało potwierdzone w ustawie o działalności leczniczej [Ustawa 2011], która zastąpiła ustawę o ZOZ-ach. Trudno oczekiwać, by ustawodawca określał, czego wymaga od kierownika zakładu (obecnie: podmiotu leczniczego), powyższe mogłoby jednak zostać uregulowane lub zalecone przez akt niższego rzędu – przynajmniej w odniesieniu do publicznych podmiotów. Obecnie nie wiadomo więc, jakie kompetencje ma/powinna mieć osoba, która kieruje organizacją dostarczającą usługi tak ważne ze społecznego punktu widzenia, organizacji o budżecie sięgającym kilkudziesięciu, a nawet kilkuset milionów złotych.

Niniejszy artykuł opisuje wyniki badania, które miało na celu przedstawienie profilu dyrektorów szpitali w Polsce w odniesieniu do podstawowych cech: płci, wieku, stażu pracy i wykształcenia.

Materiał i metoda

W badaniu zebrano dane na temat osób obecnie pełniących funkcję dyrektora i porównano profil tych osób i ich poprzedników. Badanie prowadzono od sierpnia do października 2012 r. za pomocą ankiety. Była ona rozsyłana drogą elektroniczną do dyrektorów szpitali, udostępniono ją także na platformie internetowej. Drogą pocztową wysłano też ankiety do urzędów marszałkowskich (organów

założycielskich szpitali wojewódzkich). Ankieta stanowiąca narzędzie badawcze składała się z pytań zamkniętych. Pytania w pierwszej części ankiety dotyczyły obecnego dyrektora jednostki. W drugiej części zadano dwa pytania na temat płci i wykształcenia poprzedniego dyrektora – założono bowiem, że urzędujący dyrektorzy mogą nie mieć szczegółowej wiedzy na temat swoich poprzedników. W celu pozyskania jak największej liczby odpowiedzi skontaktowano się telefonicznie lub drogą elektroniczną z jednostkami, do których wcześniej wysłano informacje o ankiecie, zachęcając do wzięcia udziału w badaniu.

Zgodnie z danymi Ministerstwa Zdrowia [Ministerstwo Zdrowia 2012, s. 82] w Polsce na koniec 2011 r. funkcjonowało 830 szpitali. Udział w badaniu wzięło 108 jednostek, co stanowi około 13% ogólnej liczby szpitali. 76 ankiet otrzymano drogą elektroniczną od szpitali, dane dotyczące 32 jednostek pochodziły od urzędów marszałkowskich i zostały przekazane drogą pocztową.

W tabeli 1 przedstawiono rozmieszczenie terytorialne szpitali, które wzięły udział w badaniu.

Tab. 1. Ankietowane jednostki w podziale na województwa, na których terenie się znajdują [N=108]

Województwo	[liczba szpitali]	[%]
dolnośląskie	11	10
kujawsko-pomorskie	7	6
lubelskie	7	6
lubuskie	4	4
łódzkie	9	8
małopolskie	5	5
mazowieckie	7	6
opolskie	6	6
podkarpackie	1	1
podlaskie	7	6
pomorskie	16	15
śląskie	7	6
świętokrzyskie	7	6
warmińsko-mazurskie	5	5
wielkopolskie	2	2
zachodniopomorskie	7	6
RAZEM	108	100

Źródło: opracowanie własne.

Natomiast w tabeli 2 przedstawiono szpitale biorące udział w badaniu w podziale na ich organy właścicielskie.

Tab. 2. Ankietowane jednostek w podziale na organ właścicielski szpitala [N=108]

Organ właścicielski	[liczba odpowiedzi]	[%]
Województwo	32	30
Powiat	63	58
Gmina	0	0
Uczelnia medyczna	2	2
Inny	7	6
Brak odpowiedzi	4	4
RAZEM	108	100

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki

Ankietowani dyrektorzy naczelni byli w wieku 33–75 lat, średnia wynosiła 51 lat (kobiety – 45, mężczyźni – 57). Średni staż pracy w ochronie zdrowia wynosił 22,5 roku (17 – kobiety, 28 – mężczyźni), odpowiedzi mieściły się w przedziale 4–46 lat. Średni staż pracy na stanowisku dyrektora w ankietowanej jednostce to 7,5 roku (odpowiedzi w przedziale 1–25 lat). Kobiety pracowały na stanowisku dyrektora średnio 6 lat, mężczyźni – 9, co jest logiczne, biorąc pod uwagę wiek i staż pracy badanej grupy w podziale na płeć.

Kobiety stanowiły 42% ogółu dyrektorów ankietowanych szpitali. Odsetek kobiet dyrektorów naczelnych szpitali podwoił się (wzrost o 22 punkty procentowe) w stosunku do grupy osób, które poprzednio pełniły tę funkcję (tab. 1). W badanej próbie nie było przypadku, w którym to mężczyzna obejmował stanowisko dyrektora, które wcześniej piastowała kobieta. Kobiety, obejmując stanowisko dyrektora, trzykrotnie częściej obejmowały stanowisko po mężczyznach niż po kobietach.

Tab. 3. Struktura płci dyrektorów ankietowanych szpitali [N=108]

Płeć	Obecny dyrektor		Poprzedni dyrektor	
	[liczba odpowiedzi]	[%]	[liczba odpowiedzi]	[%]
Kobieta	45	42	15	20
Mężczyzna	63	58	59	80
RAZEM	108	100	74	100

Źródło: opracowanie własne.

Blisko dwie trzecie ankietowanych dyrektorów stanowią osoby posiadające wykształcenie magisterskie o profilu medycznym. W tej grupie większość stanowią mężczyźni (tab. 4), natomiast tyle samo kobiet co mężczyzn ma wykształcenie niemedyczne.

Tab. 4. Wykształcenie obecnych dyrektorów ankietowanych jednostek [N=108]

Rodzaj wykształcenia	Płeć	[liczba odp.]	[%]
Magisterskie medyczne	Łącznie, w tym:	68	63
	<i>Kobieta</i>	25	23
	<i>Mężczyzna</i>	43	40
Magisterskie niemedyczne	Łącznie, w tym:	40	37
	<i>Kobieta</i>	20	18,5
	<i>Mężczyzna</i>	20	18,5
RAZEM		108	100

Źródło: opracowanie własne.

Porównując wykształcenie obecnych i poprzednich dyrektorów (tab. 5), widać wyraźny spadek (o 10 punktów procentowych) odsetka osób mających magisterskie wykształcenie o profilu medycznym.

Tab. 5. Wykształcenie poprzednich i obecnych dyrektorów [%]

Rodzaj wykształcenia	Obecny dyrektor	Poprzedni dyrektor
Medyczne	63	73
Niemedyczne	37	27

Źródło: opracowanie własne.

Dyrektora z wykształceniem medycznym nadal najczęściej zastępuje osoba o takim samym wykształceniu (46%). Drugim najczęstszym rozwiązaniem jest zastępowanie osoby o wykształceniu medycznym przez osobę o wykształceniu niemedycznym (38%). Rzadziej „niemedycy” zastępują „niemedyków” (11%). Natomiast najrzadziej osoba z wykształceniem medycznym zastępuje tę, która ma wykształcenie niemedyczne (5%). Po zsumowaniu tych wartości widać, że grupa „medyków” i „niemedyków” zastępujących swoich poprzedników są bardzo zbliżone – odpowiednio 51% i 49% (tab. 6).

Tab. 6. Zmiana na stanowisku dyrektora w podziale na rodzaj wykształcenia [N=74]

Obecny dyrektor	Poprzedni dyrektor	[%]
Medyczne	Medyczne	46
Niemedyczne	Medyczne	38
Niemedyczne	Niemedyczne	11
Medyczne	Niemedyczne	5

Źródło: opracowanie własne.

Jak wspomniano, wśród zarządzających najwięcej jest osób po studiach magisterskich o profilu medycznym. Kolejnymi najczęściej wskazywanymi są studia ekonomiczne (10% badanych) i prawne (6%). Gdyby wykształcenie inżynierskie rozpatrywać w połączeniu ze studiami magisterskimi technicznymi, grupa taka stanowiłaby 8,5% badanej próby (tab. 7).

Tab. 7. Wykształcenie obecnych dyrektorów ankietowanych jednostek [N=108]

Rodzaj wykształcenia	[liczba odp.]	[%]
Medyczne	68	63
Magisterskie – ekonomiczne	11	10
Prawnicze	7	6
Magisterskie – menedżerskie	5	4,5
Inżynierskie	5	4,5
Magisterskie – techniczne	4	4
Magisterskie – zdrowie publiczne	4	4
Inne	2	2
Nie podano	2	2
RAZEM	108	100

Źródło: opracowanie własne.

Zaledwie 14% ankietowanych nie ukończyło żadnych studiów podyplomowych – odsetek ten jest zbliżony wśród tych, którzy mają wykształcenie magisterskie medyczne (13%) i niemedyczne (15%). Wszystkie kobiety (a 76% mężczyzn) objęte badaniem ukończyły przynajmniej jedno studia podyplomowe. Wśród ankietowanych osób 35% ukończyło jeden fakultet, 36% dwa, a 10% – trzy. 4% badanych ukończyło cztery fakultety, natomiast jedna osoba – pięć (tab. 8).

Tab. 8. Zestawienie studiów podyplomowych ukończonych przez obecnych dyrektorów [N=108]

Ukończone studia podyplomowe	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	[liczba osób]	[%]	[liczba osób]	[%]	[liczba osób]	[%]
Żadnych	15	14	0	0	15	24
1 fakultet	38	35	21	47	17	27
2 fakultety	39	36	19	42	20	32
3 fakultety	11	10	3	7	8	13
4 fakultety	4	4	2	4	2	3
5 fakultetów	1	1	0	0	1	2
RAZEM	108	100	45	100	63	100

Źródło: opracowanie własne.

Bez względu na płeć najczęściej wybierano studia podyplomowe z ekonomii i zarządzania w ochronie zdrowia (tab. 9), co można tłumaczyć tym, że większość dyrektorów wcześniej ukończyła studia magisterskie o profilu medycznym. 66% osób z takim właśnie wykształceniem ukończyło co najmniej jedno studia podyplomowe z ekonomii i zarządzania w ochronie zdrowia, podczas gdy w grupie osób o wykształceniu niemedycznym było to zaledwie 25%. Stosunkowo popularne kierunki to zdrowie publiczne oraz rachunkowość i finanse. Wybierały je częściej osoby o wykształceniu niemedycznym (odpowiednio 35% i 20% tej grupy) niż medycznym (9% i 16%). Część respondentów (7%) podawała, że ukończyła studia podyplomowe medyczne – zapewne specjalizacje lekarskie.

Tab. 9. Zestawienie studiów podyplomowych ukończonych przez dyrektorów w podziale na płeć

Rodzaj studiów podyplomowych	Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
	[liczba odp.]	[%]	[liczba odp.]	[%]	[liczba odp.]	[%]
Ekonomia i zarządzanie w ochronie zdrowia	99	58	38	50	61	65
Zdrowie publiczne	20	12	12	16	8	9
Rachunkowo-finansowe	19	11	16	21	3	3
Medyczne	12	7	3	4	9	10
Prawo	8	5	4	5	4	4
Public relations	5	3	2	3	3	3
Wycena nieruchomości	3	2	1	1	2	2
Inne	4	2	0	0	4	4
RAZEM	170	100	76	100	94	100

Źródło: opracowanie własne.

W tabeli 10 przedstawiono podsumowanie wyżej omówionych rezultatów. Z przeprowadzonego porównania wynika, że kobiety będące dyrektorami szpitali są znacznie młodsze od mężczyzn i chętniej się doksztalają. W porównaniu z grupą mężczyzn wśród kobiet wyższy jest odsetek osób mających wykształcenie magisterskie niemedyczne.

Tab. 10. Zestawienie badanych cech dyrektorów z uwzględnieniem płci [N=108]

Cecha	Kobieta	Mężczyzna
Średni wiek	45	57
Średni staż pracy w ochronie zdrowia	17	28
Średni staż pracy na stanowisku dyrektora ankietowanego szpitala	6	9
Wykształcenie magisterskie	Medyczne / niemedyczne	Medyczne
Ukończone studia podyplomowe	Ekonomia i zarządzanie w ochronie zdrowia, zdrowie publiczne oraz rachunkowość i finanse	Ekonomia i zarządzanie w ochronie zdrowia

Źródło: opracowanie własne.

Interpretacja wyników

Według wiedzy autorów badanie tego typu zostało w Polsce przeprowadzone po raz pierwszy. Udało się uzyskać odpowiedzi od 13% szpitali w Polsce. Jednocześnie, w związku z tym, że niektóre województwa i organy założycielskie były mniej licznie reprezentowane w badanej próbie, autorzy mają świadomość, że przedstawione poniżej wnioski powinny zostać zweryfikowane w toku dalszych badań. Z doświadczeń autorów wynika bowiem, że odsetek kobiet i nielekarzy na stanowiskach dyrektorów szpitali wojewódzkich i uniwersyteckich jest niższy w porównaniu ze szpitalami powiatowymi.

Dyskusja i wnioski

Mając na względzie uwagi przedstawione powyżej, można sformułować pewne wnioski na podstawie materiału zgromadzonego w badaniu.

Zmienia się struktura płci dyrektorów naczelnych szpitali w Polsce (zwiększenie udziału procentowego kobiet do 42%). W roku 2011 odsetek kobiet w grupie „przedstawiciele władz publicznych, wyżsi urzędnicy i kierownicy” wynosił w Polsce 40% [GUS 2012, s. 6] – przy czym mowa tu o wszystkich stanowiskach kierowniczych. Wskaźnik ten w Unii Europejskiej w roku 2008 wynosił 35% [Wierchoń, niedatowane]. Natomiast najwyższy odsetek kobiet w zarządach organizacji w krajach Unii ma Finlandia – 27% (Bielecki, Grochal 2012). Na niższy odsetek kobiet na stanowiskach kierowniczych składa się wiele czynników, do najważniejszych należą konieczność pełnienia wielu funkcji społecznych przez kobiety i walka ze stereotypami dotyczącymi płci [Mruk 2010, s. 165]. Wyniki uzyskane w badaniu wskazują, że w ochronie zdrowia kobiety w Polsce są w stanie pokonać te bariery, zastępując mężczyzn. W badanej próbie żaden mężczyzna nie zastąpił kobiety na stanowisku dyrektora, natomiast kobiety zastępowały mężczyzn (i inne kobiety). Ponownie odwołując się do danych GUS-u warto zauważyć, że kobiety stanowią ponad 80% zatrudnionych w dziale „opieka zdrowotna i pomoc społeczna” [GUS 2012, s. 6]. Tak wysoki udział kobiet na stanowiskach dyrektora nie powinien więc dziwić.

Zmniejsza się odsetek dyrektorów mających magisterskie wykształcenie medyczne (spadek o 10 punktów procentowych). Choć nadal wśród dyrektorów najwięcej jest lekarzy, to wzmiankowana zmiana jest wyraźna. Choć osoby obejmujące posadę dyrektora to zarówno „medycy”, jak i „niemedycy”, osoby o wykształceniu niemedycznym zdecydowanie częściej zastępują te o wykształceniu medycznym niż na odwrót.

Wysoki odsetek dyrektorów lekarzy to wciąż „spadek” po poprzednim systemie (przed 1989 r.), w którym dyrektorami byli wyłącznie lekarze. Warto nadmienić, że np. w Wielkiej Brytanii lekarzy pełniących funkcję dyrektorów szpitali jest bardzo niewiele [Spurgeon i in. 2011, ss. 128-133]. Coraz mniejsza liczba lekarzy na stanowiskach dyrektorskich może być związana z istotnym

wzrostem płac lekarzy, jaki nastąpił w ostatnich kilku latach. Obecnie z działalności klinicznej (medycznej) mogą oni osiągać niezwykle wysokie przychody [Kalinowski 2008, s. 4; Hajnosz 2013], znacznie przekraczające zarobki dyrektorów.

Na stanowiskach dyrektorów zaczynają się pojawiać osoby, które ukończyły studia magisterskie na kierunku zdrowie publiczne (3 kobiety i 1 mężczyzna). Zdrowie publiczne było też drugim najbardziej popularnym kierunkiem studiów podyplomowych, wybieranym znacznie częściej przez osoby, które mają niemedyczne wykształcenie magisterskie, a odsetek takich osób na stanowiskach dyrektorów wzrasta. Program magisterskich studiów zdrowia publicznego jest bardzo zróżnicowany w zależności od ośrodka, który je prowadzi. Można jednak stwierdzić, że osoby po tym kierunku są (powinny być) w pewnym stopniu przygotowane do zarządzania w ochronie zdrowia. 4% to nadal niewiele, ale warto je odnotować, jeżeli weźmie się pod uwagę, że pierwsze studia tego typu otwarto w Polsce przed niespełna 20 laty.

Przeważająca większość (86%) dyrektorów dokształca się – zarówno ci, którzy mają wykształcenie medyczne, jak i niemedyczne, a 51% ankietowanych ukończyło więcej niż jedno studia podyplomowe. Zdecydowanie najbardziej popularnymi kierunkami są te z zakresu ekonomii i zarządzania w ochronie zdrowia, co nie dziwi, gdyż takich właśnie kompetencji (ekonomii i zarządzania) oczekuje się od osób pełniących najwyższe funkcje w organizacji, a większość dyrektorów ma wykształcenie medyczne. Analiza programów nauczania studiów medycznych wskazuje, że treści odnoszące się do zarządzania pojawiły się w ww. programach stosunkowo niedawno, miewają one charakter fakultatywny i nie wprowadzono ich na wszystkich uczelniach [Kautsch, Hartley 2012].

Z danych dotyczących całej gospodarki wynika, że kobiety są lepiej wykształcone niż mężczyźni [GUS 2012, s. 5]. Wszystkie ankietowane kobiety będące dyrektorami jednostek ochrony zdrowia podejmowały naukę na studiach podyplomowych. W badanej populacji 76% mężczyzn ukończyło studia uzupełniające.

Na uwagę zasługuje stosunkowo duża stabilność, jaką daje praca na stanowisku dyrektora. Ankietowane osoby pełniły tę funkcję średnio 7,5 roku. Jest to znacząca zmiana w stosunku do tego, co działo się na początku poprzedniej dekady [Kautsch, Klich 2002 s. 45].

Podsumowując powyższy wywód, można stwierdzić, że w ostatnich latach w Polsce następuje zmiana dotycząca tego, kto zarządza szpitalami. Statystyczny dyrektor to już niekoniecznie lekarz mężczyzna. Jest to osoba mająca spore doświadczenie na pełnionych stanowisku (staż pracy), podnosząca swoje kompetencje poprzez podejmowanie nauki na studiach podyplomowych (przede wszystkim ekonomiczno-zarządczych). Są więc podstawy, by przypuszczać, że zarządzanie szpitalami powinno ulegać poprawie. Można mieć nadzieję, że

opisane w niniejszym artykule nowe kadry będą w stanie lepiej radzić sobie z wyzwaniami zmieniającego się systemu ochrony zdrowia i oczekiwaniami pacjentów.

Bibliografia:

Bartkowiak G., *Dobór personelu medycznego*, w: Dobska M., Rogoziński K. (2008) *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Bielecki T., Grochal R. (2012), *UE. Kobiety obowiązkowo w zarządach firm?*, „Gazeta Wyborcza” 06.03.

Brzezińska K. (2010), *Jakość w systemie opieki zdrowotnej – rola kadry medycznej w procesie kształtowania jakości i zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, w: Głowacka M., Mojs E., *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa.

DIAGNOZA SPOŁECZNA, Czapiński J., Panek T. (red.) (2011), *Diagnoza społeczna 2011*, [dostęp 2013.04.09] <www.diagnoza.com>.

Główny Urząd Statystyczny (2012), *Kobiety i mężczyźni na rynku pracy*, Warszawa.

Hajnosz I. (2013), *Krezusi polskiej medycyny. Ile zarabiają lekarze*, „Gazeta Wyborcza” 08.04. [dostęp 2013.04.09] <http://m.wyborcza.pl/wyborcza/1,105226,13693886,Krezusi_polskiej_medycyny__Ile_zarabiaja_lekarze.html>.

Kalinowski P. (2008), *Wyszarpięte pensje*, Medical Tribune, NR 3.

Kautsch M., Hartley K. (2012), *Zmiany ról zarządczych lekarzy w szpitalach: czego możemy nauczyć się od Brytyjczyków?*, „Problemy Zarządzania” nr 4 tom 2 (praca w druku).

Kautsch M., Klich J. (2002), *Kontrakty menedżerskie w opiece zdrowotnej*, Gospodarka Narodowa nr 4.

Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M. (2008), *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa.

Ministerstwo Zdrowia (2012), *Biuletyn Statystyczny*, CSIOZ, Warszawa.

Mruk H. (2010), *Przywództwo w zakładach opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa.

Najwyższa Izba Kontroli (2012), *Informacja o wynikach kontroli. Funkcjonowanie wybranych instytutów badawczych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia*, KPZ-4101-05/2011, Nr ewid. 59/2012/P/11/095/KZD, 6.07.

Putz J. (2004), *Ustawiczne doskonalenie zawodowe lekarzy na przykładzie lekarzy rodzinnych*, „Zdrowie i Zarządzanie”, nr 3-4.

Spurgeon, P., Clark, J., Ham, C., (2011) *Medical Leadership: Towards cultural acceptance and the future*, w: Spurgeon, P., Clark, J., Ham, C., (eds) *Medical Leadership: from the dark side to centre stage*, London, Radcliffe Publishing.

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej z późn. zmianami, Dz.U. 1991 Nr 91 poz. 408.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654.

Wierzchoń (niedatowane), *Zjawiska ograniczające awans i rozwój zawodowy kobiet – teoria i rzeczywistość*, [dostęp 2013.04.04] <<http://www.rowniwpracy.gov.pl/rowni-w-pracy/przeciwdzialanie-dyskryminacji/zjawiska-ograniczajace-awans-i-rozwoj-zawodowy-kobiet-teoria-i-rzeczywistosc.html>>.

Autorzy pragną podziękować pani Anecie Paryl za pomoc w przeprowadzeniu badania.

Brygida Kondracka

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw
Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Janusz Chełchowski

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw
Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Kamil Kolendo

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw
Wewnętrznych z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie

Badanie konfliktu w organizacji instrumentem efektywnego zarządzania

Research on conflict in an organization as an instrument of the effective management

Abstract: Conflict is a stable element of the organization functioning and its resolution is an integral part of the effective management. In fact, conflicts are something normal in work environment, however it's important to recognize them quickly, to overcome their destructive aspect and to try to find out benefits that can appear in this difficult situation.

The aim of undertaken research was the trial of recognition and discussion on the essence and sources of conflicts and also relations between stuff from the point of view of employees' hired in the MSW Hospital in Olsztyn.

Empirical research was performed between 05.10.2012–05.12.2012 in SP Medical Institution MSW with Warmia&Mazury Oncological Center in Olsztyn. 209 questionnaires were used to this analysis, what makes 25,4% of employees hired on labor contract. Concerning the biggest amount of given answers, it can be said that the most common conflict in organization is the interpersonal one. If in the organization's unit exi-

sts a conflict situation, then the most often it refers to working conditions, inappropriate relations between collaborators and overload in duties. The smallest amount of respondents thinks that the conflict is an incorrect result of the relationship employer-employee. During the realization of tasks the organization and planning are very good. Working standards are high, they stimulate and encourage to take up tasks. Cooperation is a result of given tasks and it is essential in raising up the efficiency and work quality. Although the amount of tasks outnumber the possibilities and conditions of their realization, relationships between collaborators are full of mutual kindness.

Key-words: conflict in an organization, diagnosis of the conflict, management.

Wstęp

Każdy konflikt w relacjach zawodowych jest wyzwaniem zarówno dla stron bezpośrednio w niego zaangażowanych, przełożonych, jak i postronnych świadków. I każdy z nich jest szansą na polepszenie wzajemnych relacji, sposobu komunikacji czy podziału zadań. Jednak częste i długotrwałe, ale nierozwiązane konflikty w miejscu pracy powodują stres, obniżenie jakości i wydajności pracy, niechęć do jej wykonywania. Rozpoznanie konfliktu i kontrolowanie jego przebiegu staje się dla kierownika funkcją tak samo ważną jak planowanie, koordynowanie czy nadzór.

Konflikt można definiować jako zderzenie, sytuację sprzeczności, w której uczestnicy próbują narzucić sobie nawzajem swoją wolę [Fisher, Ury, Patton 1994, s. 9].

Konflikt w organizacji oznacza spór dwóch lub więcej członków albo grup, wynikający z konieczności dzielenia się ograniczonymi zasobami albo pracami lub zajmowania odmiennej pozycji, różnych celów, wartości lub spostrzeżeń. Członkowie czy działy organizacji w trakcie sporu dążą do tego, by ich sprawa lub punkt widzenia przeważały nad sprawą czy punktem widzenia innych [Stoner, Wankel 1994, s. 229].

Celem podjętych badań była próba poznania i omówienia istoty oraz źródeł konfliktów, a także relacji między personelem z punktu widzenia pracowników zatrudnionych w Szpitalu MSW. Przedmiotem zainteresowania było przede wszystkim zidentyfikowanie cech, postaw pracowników podczas sytuacji konfliktowych oraz rodzajów konfliktu w organizacji. Poza tym poznanie obszarów, których dotyczy konflikt, atmosfery i jej wpływu na efekty pracy w szpitalu, znajomość technik i sposobów negocjacji oraz charakterystyka idealnego negocjatora.

Badanie empiryczne przeprowadzono w okresie od 5 października do 5 grudnia 2012 r. w SP Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSW z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie. Narzędziem badawczym zastosowanym w badaniu był kwestionariusz ankiety skierowany do personelu me-

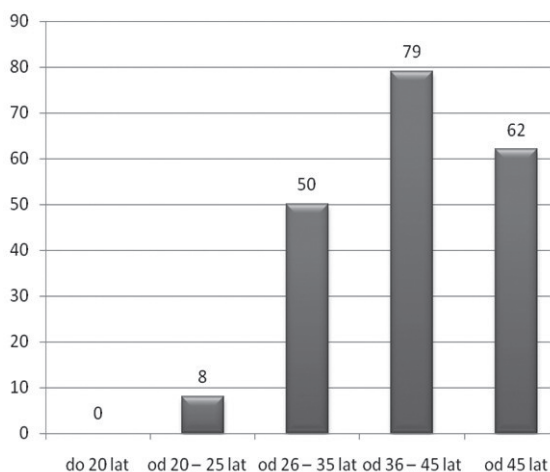
dycznego, technicznego i administracji. Kwestionariusz składał się z metryczki, dzięki której ustalono wiek badanych, staż pracy i zajmowane stanowisko w firmie oraz 24 pytania, służące identyfikacji najczęstszych przyczyn i obszarów konfliktów oraz sposobów ich zmniejszenia i rozwiązania z perspektywy pracowników. Dobór próby badawczej miał charakter losowy. Do analizy wykorzystano 209 ankiet, co stanowi 25,4% pracowników zatrudnionych na umowę o pracę.

Wyniki badań empirycznych

Analizując strukturę próby badawczej, stwierdzono, że w badaniu wzięło udział 169 kobiet, 29 mężczyzn, natomiast 11 osób nie określiło płci.

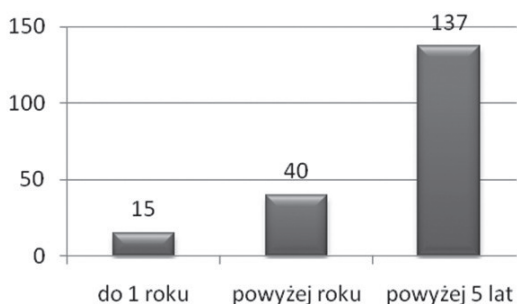
Na wykresie 1 przedstawiono charakterystykę badanych pracowników według wieku. Pracownicy w wieku 36–45 lat stanowili największy procent badanych (39,7%). Nieco mniejszą grupę stanowili pracownicy w wieku od 46 lat (30,0%). Kolejną co do wielkości grupą byli respondenci w wieku 26–35 lat (25,13%). Kilkoprocentową grupę stanowili respondenci w wieku 20–25 lat (8%) (patrz wykres 1).

Wyk. 1. Wiek badanych



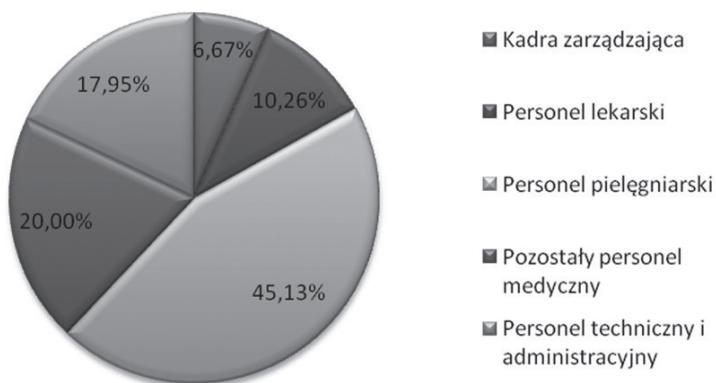
Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Staż pracy osób biorących udział w badaniach przedstawiono na wykresie 2. Najliczniejszą grupę respondentów stanowią pracownicy powyżej 5 lat (71,35%), powyżej roku jest 40 respondentów (20,83%), natomiast do 1 roku – 15 osób (7,81%).

Wyk. 2. Staż pracy

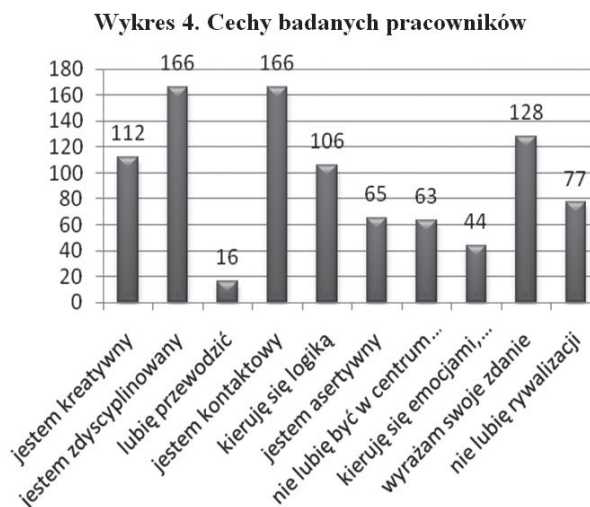
Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Największą zbiorowość badanych (45,13%) stanowiły pielęgniarki, które to są najliczniejszą grupą zawodową w badanej organizacji. Pozostały personel medyczny (technicy, fizycy, ratownicy, diagności laboratoryjni, salowe) to 20% badanej populacji, 17,9% – personel techniczny i administracja, 10,26% – personel lekarski, 6,67% – kadra zarządzająca (patrz wykres 3).

Wyk. 3. Zajmowane stanowisko w firmie

Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Wyk. 4. Cechy badanych pracowników

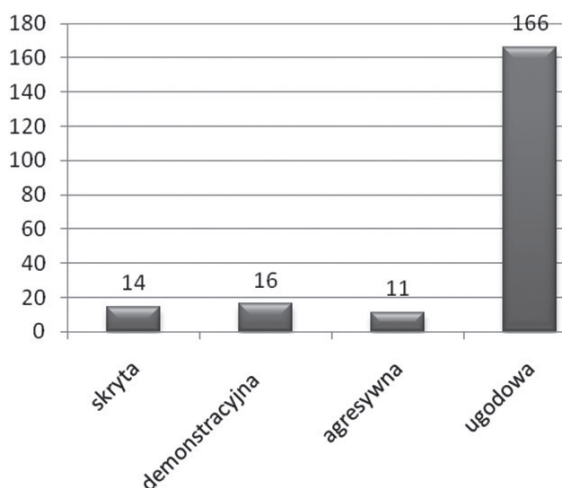


Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Analizę badania rozpoczęto od samooceny pracowników Szpitala MSW w Olsztynie. Było to pytanie wielokrotnego wyboru. Z dziewięciu pozycji respondenci mieli wybrać te, które są najbardziej dla nich charakterystyczne. Wśród odpowiedzi przeważały dwie grupy wskazań: „jestem zdyscyplinowany” oraz „jestem kontaktowy”, po 166 wskazań (po 17,6%). W dalszej kolejności wskazano: „wyrażam swoje zdanie” – 128 wskazań (13,57%), „jestem kreatywny” – 112 wskazań (11,88%), „kieruję się logiką” – 106 (11,24%). Jedynie 16 osób (1,7%) lubi przewodzić, 44 badanych (4,67%) kieruje się emocjami, a 77 respondentów (6,68%) nie lubi rywalizacji. Szczegółową strukturę wskazań przedstawiono na wykresie 4.

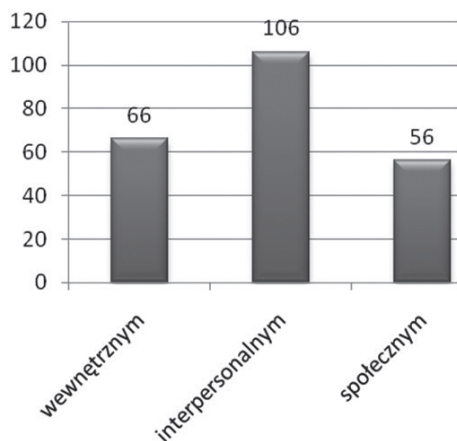
Zdecydowana większość ankietowanych (195 respondentów) uważa siebie za osobę ugodową, jedynie dziewięć osób jest odmiennego zdania. Pięciu badanych nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie.

Większość badanych pracowników Szpitala MSW w Olsztynie samodzielnie rozwiązuje konflikty (182 osoby). Jedynie 13 osób nie radzi sobie z rozwiązywaniem konfliktów.

Wyk. 5. Postawa pracowników podczas sytuacji konfliktowych

Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Następnie zapytano o postawę pracowników podczas sytuacji konfliktowych (patrz wykres 5). Zdecydowana większość respondentów (166 osób) podczas sytuacji konfliktowych reprezentuje postawę ugodową. Stanowią oni 80,19% badanej populacji. Postawę demonstracyjną reprezentuje 16 osób (7,73%), 14 – skrytą (6,76%), a 11 ankietowanych przyznaje, że są agresywni (5,31%).

Wyk. 6. Rodzaje konfliktu w organizacji

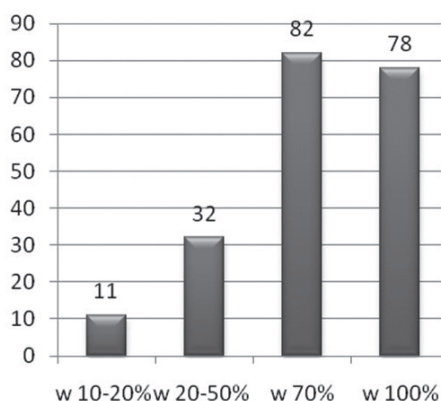
Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Kolejne pytanie dotyczyło identyfikacji rodzajów konfliktu w Szpitalu MSW w Olsztynie. Według pracowników w organizacji najczęściej występuje konflikt interpersonalny (106 wskazań, co stanowi 46,49% odpowiedzi), ale również konflikt wewnętrzny (66 wskazań, co stanowi 28,95% odpowiedzi) i społeczny (56 wskazań, co stanowi 24,56% odpowiedzi). Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na wykresie 6.

Podsumowując tę część, można stwierdzić, że pracownicy Szpitala MSW w Olsztynie uważają siebie za osoby przede wszystkim zdyscyplinowane, kontaktowe, ale też wyrażające swoje zdanie, kreatywne i kierujące się logiką. Samodzielnie radzą sobie z rozwiązaniem ewentualnych konfliktów.

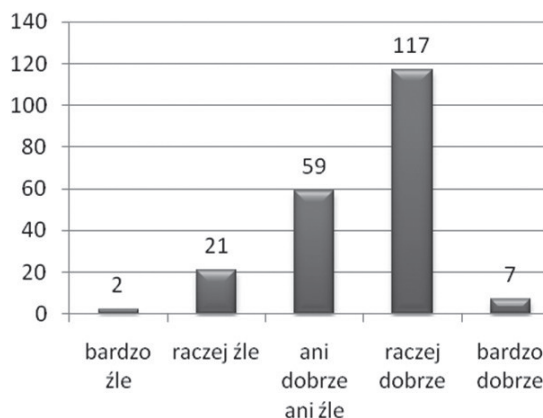
W zdecydowanej większości są to osoby ugodowe i taką też postawę reprezentują podczas sytuacji konfliktowych, które najczęściej mają charakter interpersonalny.

Wyk. 7. Wpływ atmosfery na efekty pracy w szpitalu



Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

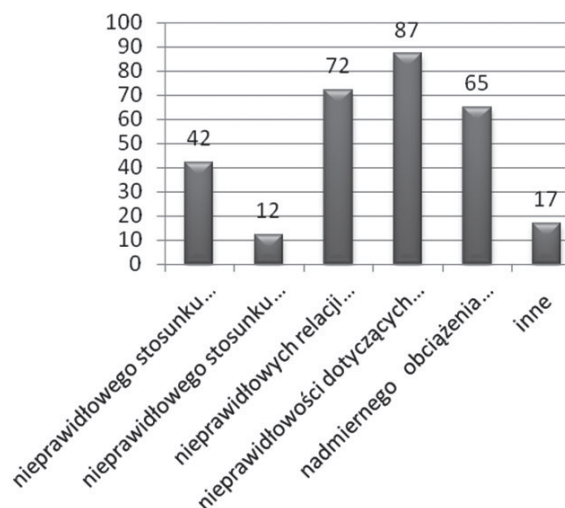
Pracownicy Szpitala MSW uważają, że atmosfera w pracy ma duży wpływ na jej efekty. Zdaniem 82 respondentów w 70%, a 78 badanych w 100% atmosfera wpływa na efekty pracy. Jedynie 11 pracowników uważa, że atmosfera nie ma wpływu na efekty ich pracy. Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na wykresie 7.

Wyk. 8. Atmosfera między pracownikami szpitala

Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego

Następnie poproszono respondentów o ocenę atmosfery między pracownikami Szpitala MSW w Olsztynie. W opinii zdecydowanej większości badanych panuje raczej dobra atmosfera między pracownikami szpitala (117 wskazań, co daje 56,8% odpowiedzi), 7 osób ocenia ją bardzo dobrze (3,4%), 59 osób ani dobrze, ani źle (28,64%), 21 osób raczej źle (10,19%). Jedynie 2 osoby oceniają ją bardzo źle (0,97%). Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na wykresie 8.

Reasumując, można stwierdzić, że w opinii zdecydowanej większości badanych między pracownikami Szpitala MSW w Olsztynie panuje raczej dobra atmosfera, co ma duży wpływ na efekty pracy.

Wyk. 9. Obszary, których dotyczy konflikt

Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego

Jeżeli w komórce organizacyjnej istnieje sytuacja konfliktowa, to najczęściej związana jest z nieprawidłowościami dotyczącymi warunków pracy (87 wskazań, co stanowi 29,49% odpowiedzi), nieprawidłowymi relacjami między współpracownikami (72 wskazania, co stanowi 24,41% odpowiedzi) oraz nadmiernym obciążeniem obowiązkami (65 wskazań, co stanowi 22,03% odpowiedzi). Najmniej respondentów uważa, że konflikt jest wynikiem nieprawidłowego stosunku przełożony–podwładny (12 wskazań, co stanowi 4,07% odpowiedzi). Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na wykresie 9.

Na pytanie „Czy Pana/i przełożony stwarza sytuacje konfliktowe?” zdecydowana większość pracowników zaprzeczyła (143 osoby). Jednak 48 osób udzieliło odpowiedzi twierdzącej.

Stosunki społeczne w całej organizacji, zarówno w mniejszych zespołach, jak i z przełożonymi są czynnikiem, który w znaczący sposób wpływa na poziom satysfakcji pracowników, na ich motywację do pracy, ale też może być źródłem sytuacji konfliktowych. Dlatego też szczegółowej analizie poddano wybrane odczucia pracowników związane z pracą w szpitalu.

W tabeli 1 przedstawiono strukturę udzielonych odpowiedzi w liczbach bezwzględnych i wartościach procentowych.

Tab. 1. Odczucia pracowników związane z pracą w szpitalu

Lp.	Charakterystyka treści pytania	liczba bezwzg.	%
I	Przy realizacji zadań panują chaos i dezorganizacja	36	17,22%
	Przy realizacji zadań panuje bardzo dobra organizacja i planowanie	89	42,58%
	Trudno powiedzieć	58	27,75%
II	Kierowanie jest tylko formalne, przełożony jest dominowany	16	7,66%
	Kierowanie jest oparte na pracy zespołowej, przełożony jest w pełni akceptowany	122	58,37%
	Trudno powiedzieć	57	27,27%
III	Przy wykonywaniu zadań dominują bylejakość i przeciętność	14	6,70%
	Standardy pracy są wysokie, zachęcają do podejmowania zadań	110	52,63%
	Trudno powiedzieć	58	27,75%
IV	Ludzie współpracują, gdy jest to narzucone lub w celu wykazania się	20	9,57%
	Współpraca wynika z charakteru zadań, jest niezbędna do podnoszenia skuteczności i jakości pracy	135	64,59%
	Trudno powiedzieć	38	18,18%
V	Pracownik pracuje, bo boi się kary, czuje się nieważny, ignorowany	45	21,53%
	Pracownik traktowany jest jako najwyższe dobro	52	24,88%
	Trudno powiedzieć	111	53,11%
VI	Awanse, płace, nagrody są elementem przetargowym lub formą manipulacji przełożonego	46	22,01%
	Awanse, płace, nagrody są wyrazem uznania dla pracownika	50	23,92%
	Trudno powiedzieć	94	44,98%
VII	Jest ograniczony dostęp do informacji i ich nieprawidłowy obieg	67	32,06%
	Jest dobry dostęp do informacji i ich prawidłowy obieg	73	34,93%
	Trudno powiedzieć	48	22,97%
VIII	Wśród pracowników dominują niezadowolenie, poczucie zagrożenia	64	30,62%
	Wśród pracowników dominuje dobra atmosfera pracy wspólpraca, zadowolenie	68	32,54%
	Trudno powiedzieć	57	27,27%

IX	Ilość zadań przewyższa możliwości i warunki ich realizacji	69	33,01%
	Ilość zadań jest adekwatna do możliwości i warunków ich wykonania	59	28,23%
	Trudno powiedzieć	57	27,27%
X	Relacje między współpracownikami nacechowane są wrogością i podejrzliwością	34	16,27%
	Relacje między współpracownikami nacechowane są wzajemną życzliwością	78	37,32%
	Trudno powiedzieć	77	36,84%

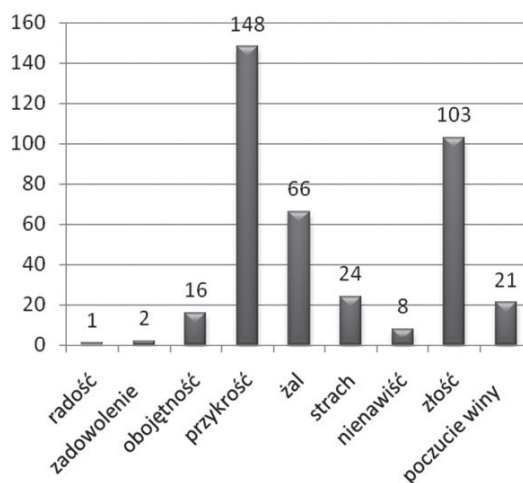
Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Uwzględniając największą liczbę udzielonych odpowiedzi, można stwierdzić, że w szpitalu przy realizacji zadań panują bardzo dobra organizacja i planowanie (42,58%). Kierowanie jest oparte na pracy zespołowej, przełożony jest w pełni akceptowany (58,37%). Standardy pracy są wysokie, zachęcają do podejmowania zadań i stymulują (52,63%). Współpraca wynika z charakteru zadań, jest niezbędna do podnoszenia skuteczności i jakości pracy (64,59%).

Największej liczbie respondentów, tj. 111 badanych (53,11%), trudno powiedzieć, czy pracownik traktowany jest jako najwyższe dobro, czy też pracuje, bo boi się kary, czuje się nieważny, ignorowany. 52 pracowników jest zdania, że pracownik traktowany jest jako najwyższe dobro (24,88%), 45 badanych (21,53%) uważa, że pracownik pracuje, bo boi się kary, czuje się nieważny, ignorowany.

Awanse, płace, nagrody są wyrazem uznania dla pracownika, tak uważa 50 respondentów (23,92%). Natomiast 46 badanych (22,01%) twierdzi, że awanse, płace, nagrody są elementem przetargowym lub formą manipulacji przełożonego. 94 osobom, co stanowi 44,98% badanych, trudno jednoznacznie odpowiedzieć.

Jest dobry dostęp do informacji i ich prawidłowy obieg (34,93%). Wśród pracowników dominują dobra atmosfera pracy, współpraca, zadowolenie (32,54%). Wprawdzie ilość zadań przewyższa możliwości i warunki ich realizacji (33,01%), to jednak relacje między współpracownikami nacechowane są wzajemną życzliwością (37,32%).

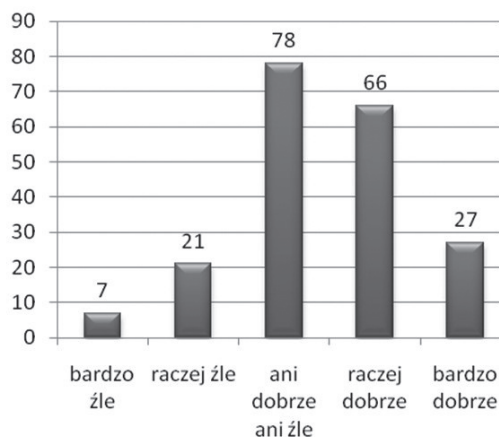
Wyk. 10. Uczucia towarzyszące w czasie konfliktu

Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego

Kolejne pytanie dotyczyło uczuć towarzyszących w czasie konfliktu. Z dziewięciu pozycji respondenci mogli wybrać dwie. W ocenie 148 respondentów konfliktowi najczęściej towarzyszy przykrość (38,05%), 103 osoby wskazały złość (26,48%), a 66 osób żal (16,97%). Jedna osoba w trakcie konfliktu odczuwa radość, a dwie – zadowolenie. Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na wykresie 10.

Niewłaściwa komunikacja w zakładzie jest jednym z ważniejszych aspektów powodujących konflikt w organizacji, dlatego też w ankiecie uwzględniono pytania dotyczące przepływu informacji na różnych poziomach.

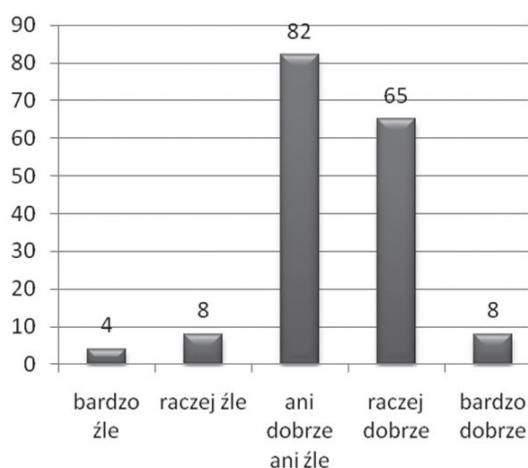
Wyk. 11. Przepływ informacji wewnątrz firmy na płaszczyźnie dyrektor–pracownicy



Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Przepływ informacji wewnątrz firmy na płaszczyźnie dyrektor–pracownicy w ocenie 27 respondentów jest bardzo dobry (13,6%), 66 osób – raczej dobry (33,2%), 21 osób – raczej zły (10,6%), a 7 ankietowanych nawet bardzo zły (3,5%). 78 badanych (39,2%) oceniło tę płaszczyznę komunikacji jako „ani dobrze, ani źle”. Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na wykresie 11.

Wyk. 12. Poziom komunikowania i przepływ informacji wewnątrz firmy na płaszczyźnie zastępcy dyrektora ds. leczenia – ordynatorzy



Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Przepływ informacji wewnątrz firmy pomiędzy zastępcą dyrektora ds. lecznictwa a ordynatorami 73 respondentów ocenia pozytywnie (65 osób raczej dobrze, 8 bardzo dobrze), 12 – negatywnie (8 osób raczej źle, 4 osoby bardzo źle), natomiast 82 badanych oceniło tę płaszczyznę komunikacji jako „ani dobrze, ani źle”. Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na wykresie 12.

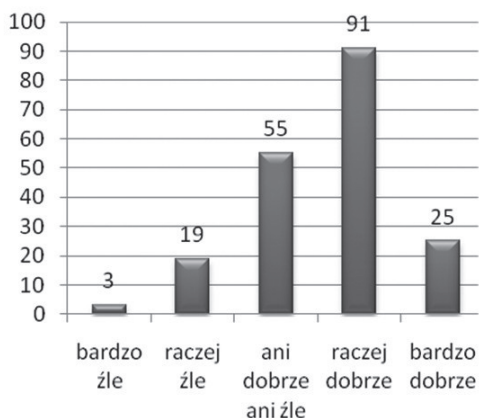
Poziom komunikowania i przepływ informacji wewnątrz firmy pomiędzy zastępcą dyrektora ds. pielęgniarstwa a pielęgniarkami oddziałowymi i kierownikami kształtuje się na identycznym poziomie. 73 respondentów ocenia pozytywnie (65 osób raczej dobrze, 8 bardzo dobrze), 12 – negatywnie (8 osób raczej źle, 4 osoby bardzo źle), natomiast 82 badanych nie oceniło tej płaszczyzny komunikacji ani dobrze, ani źle.

Ankietowani pozytywnie ocenili poziom komunikowania i przepływ informacji wewnątrz firmy pomiędzy zastępcą dyrektora ds. techniczno-logistycznych a kierownikami komórek organizacyjnych (70 badanych bardzo dobrze, 6 raczej dobrze). Jedynie 7 osób udzieliło odpowiedzi „raczej źle”. Natomiast 81 badanych oceniło tę płaszczyznę komunikacji jako „ani dobrze, ani źle”.

W ocenie 37 badanych poziom komunikowania i przepływ informacji wewnątrz firmy pomiędzy zastępcą dyrektora ds. ekonomicznych a kierownikami komórek jest pozytywny (7 badanych ocenia go bardzo dobrze, 30 raczej dobrze), 50 osób oceniło go negatywnie (45 badanych bardzo źle, 5 raczej źle). 77 pracowników oceniło tę płaszczyznę komunikacji jako „ani dobrze, ani źle”.

Poziom komunikowania i przepływ informacji między kierownikami komórek organizacyjnych a pracownikami oceniono w zdecydowanej większości pozytywnie: 25 respondentów – bardzo dobrze (13%), 91 – raczej dobrze (47,2%). Raczej źle poziom komunikowania i przepływ informacji na tej płaszczyźnie oceniło 19 ankietowanych (9,8%), a bardzo źle – jedynie trzy osoby (1,6%), przy czym 55 badanych oceniło tę płaszczyznę komunikacji jako „ani dobrze, ani źle” (28,5%). Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na wykresie 13.

Wyk. 13. Poziom komunikowania i przepływ informacji wewnątrz firmy na płaszczyźnie kierownicy komórek – pracownicy



Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Podsumowując tę część, można stwierdzić, że przepływ informacji wewnątrz firmy pomiędzy dyrektorem a pracownikami w ocenie większości respondentów został oceniony pozytywnie, natomiast pomiędzy zastępcą dyrektora ds. lecznictwa a ordynatorami oraz pomiędzy zastępcą dyrektora ds. pielęgniarstwa a pielęgniarkami oddziałowymi i kierownikami – jako „ani dobrze, ani źle”. Przy czym spora część respondentów oceniła ją pozytywnie.

Najmniej korzystnie wypadła ocena poziomu komunikowania i przepływ informacji wewnątrz firmy pomiędzy zastępcą dyrektora ds. ekonomicznych a kierownikami komórek. Najwięcej badanych oceniło tę płaszczyznę komunikacji jako „ani dobrze, ani źle”, jednak spora część respondentów oceniła ją negatywnie.

Najkorzystniej oceniono poziom komunikowania i przepływ informacji pomiędzy kierownikami komórek organizacyjnych a pracownikami. W ogromnej większości była to ocena pozytywna.

Zdecydowana większość respondentów (206 odpowiedzi) jest zdania, że podczas zaistnienia konfliktu istotne jest spokojne przemyślenie i odpowiedź. Zdaniem trzech badanych korzystniejsza jest natychmiastowa reakcja bez przemyślenia.

Kolejne pytanie było pytaniem otwartym, w którym poproszono o podanie trzech najważniejszych przyczyn powstawania konfliktów w organizacji. Według opinii pracowników najważniejsze z nich to: płace, rywalizacja, niewłaściwa organizacja pracy, zła komunikacja, brak współdziałania, nierówne traktowanie, obciążenie obowiązkami.

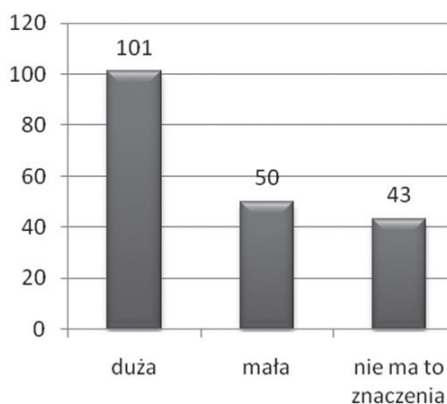
Tab. 2. Opinia pracowników

Charakterystyka treści pytania		tak	nie
1.	Optymalna efektywność organizacji wymaga konfliktu na umiarkowanym poziomie	114	95
2.	Konflikt może szkodzić organizacji	172	37
3.	Konflikt może zwiększać efektywność organizacji	68	141
4.	Kierownictwo organizacji odpowiada za unikanie konfliktów	150	59
5.	Ludzie są z natury bardzo konfliktowi	68	141

Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Wprawdzie 114 respondentów uważa, że optymalna efektywność organizacji wymaga konfliktu na umiarkowanym poziomie (95 osób jest odmiennego zdania), to w ocenie 172 osób konflikt może szkodzić organizacji i nie zwiększa jej efektywności (141 osób). W ocenie zdecydowanej większości respondentów kierownictwo organizacji odpowiada za unikanie konfliktów (150 osób), co może nie być łatwe, gdy się przyjmie, że ludzie są z natury bardzo konfliktowi (141 osób). Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono w tabeli 2.

Wyk. 14. Znajomość technik i sposobów negocjacji podczas rozwiązywania sporów i konfliktów



Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego.

Na wykresie 14 zaprezentowano ilość wskazań w liczbach bezwzględnych i wartościach procentowych. 101 pracowników ocenia jako dużą znajomość techniki i sposobów negocjacji podczas rozwiązywania sporów i konfliktów (52,06%), 50 osób ocenia ją jako małą (25,77%). Dla 43 respondentów nie ma to znaczenia (22,16%).

Następnie poproszono pracowników o sugestie w związku z łagodzeniem konfliktów w grupach pracowniczych. Uzyskano następujące odpowiedzi:

- wyeliminowanie ludzi stosujących mobbing,
- słuchanie pracowników, odpowiedzialność przełożonych za łagodzenie konfliktów,
- wyjaśnienie konfliktu od razu i do końca,
- dobra organizacja pracy, integracja personelu, rozmowa między stronami,
- równe traktowanie, spotkania integracyjne, wynagrodzenie,
- podniesienie poziomu wiedzy, szkolenia, kursy, próba złagodzenia konfliktów poprzez dotarcie do źródła ich powstawania, szczere rozmowy z pracownikami,
- zwolnienie pracowników narzucających swoje zdanie, wymuszających organizację pracy według ich koncepcji, zarożumiałych i psujących atmosferę w zespole, przede wszystkim rozmowa, dialog, otwartość, empatia,
- uczciwe informowanie pracowników, obiektywizm, szacunek dla każdego bez względu na zajmowane stanowisko.

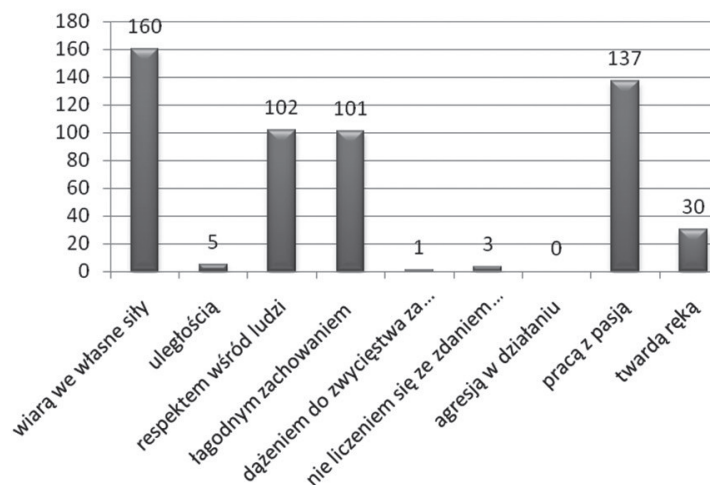
Zapytano również, czy do rozwiązania sporu potrzebna jest pomoc z zewnątrz. Zdaniem 105 ankietowanych pomoc potrzebna jest tylko w niektórych przypadkach, 11 respondentów twierdzi zaś, że pomoc z zewnątrz jest zawsze potrzebna. W ocenie 89 badanych do rozwiązania sporu nie jest potrzebna pomoc z zewnątrz.

Uwzględniając największą liczbę wskazań, pracownicy Szpitala MSW w Olsztynie uważają się za dobrych negocjatorów w 52,36%. Podczas prowadzenia negocjacji, zdaniem badanych, nie należy: starać się oddzielić ludzi od problemu (64 odpowiedzi), próbować powiększenia dobra do podziału tak, aby negocjacje kończyły się rezultatem wygrana–wygrana (76 odpowiedzi), próbować przekonać stronę przeciwną, aby zrezygnowała ze swoich dążeń i przyjęła nasze propozycje (32 odpowiedzi), koncentrować się na problemie, nie zważając na następstwa jego rozwiązania (68 odpowiedzi).

Zdaniem 181 badanych komunikacja niewerbalna (gestem, wyglądem zewnętrznym) ma wpływ na wynik rozmowy. Odmiennego zdania jest 19 osób.

Styl miękki negocjacji preferuje 133 respondentów, natomiast styl twardy – 66 osób.

Idealny negocjator powinien charakteryzować się przede wszystkim wiarą we własne siły, pracą z pasją, respektem wśród ludzi i łagodnym zachowaniem. Szczegółową strukturę odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na wykresie 15.

Wyk. 15. Charakterystyka idealnego negocjatora

Źródło: badanie własne na podstawie badania ankietowego

Według 102 ankietowanych lepszy efekt dają negocjacje integracyjne, natomiast 88 osób uważa, że korzystniejsze są negocjacje konfrontacyjne.

W opinii zdecydowanej większości respondentów (147 odpowiedzi) w przedsiębiorstwie powinny być przeprowadzone szkolenia na temat rozwiązywania konfliktu i technik prowadzenia negocjacji. Przy czym 41 osób jest odmiennego zdania.

Podsumowanie

W życiu jednostek oraz grup społecznych nie brakuje sytuacji, które prowadzą do konfliktów. Jedno z ważniejszych przekonań, które utrudniają wzajemne zrozumienie, dotyczy postrzegania wszelkich sporów w kategoriach negatywnych. To myślenie w stylu „konflikty są złe”, „konflikty nie przynoszą niczego dobrego”, „powinniśmy robić wszystko, co w naszej mocy, aby unikać konfliktów”, „tylko awanturnicy i ludzie uciążliwi wywołują konflikty”, „osoby konfliktowe powinny być wyeliminowane albo mocno kontrolowane”. W rezultacie takiego podejścia konflikty są na siłę tłumione albo wszyscy udają, że nie dzieje się nic niepokojącego. Tymczasem takie zaniedbane sytuacje sporne są niczym bomba z opóźnionym zapłonem. Nikt nie zna momentu, kiedy wybuchnie.

W sytuacji kiedy menedżerowie rozumieją, że poszczególni pracownicy mogą odczuwać niezadowolenie lub nie zgadzać się z określonymi zachowa-

niami w organizacji, bo godzi to w ich system wartości lub potrzebę rozwoju, to wówczas pojawia się szansa na odnalezienie nowej drogi do nawiązania kontaktu i współpracy. To spojrzenie na konflikt jako naturalną część życia, która może być zaczątkiem pozytywnej zmiany. To także świadomość, że konfliktem należy zarządzać w jego najwcześniejszym stadium rozwoju, kiedy wszystkie strony są skłonne do rozmowy i wysłuchania wzajemnych stanowisk [Iwańczuk, 2013, ss. 20–21].

Reasumując powyższe rozważania, dochodzimy do wniosku, że konflikt jako silny motywator ludzkich działań może stanowić również zjawisko pozytywne i pożądane, zwłaszcza w kulturach, w których aktywność i osiągnięcia człowieka są społecznie cenione.

Bibliografia

Fisher R., Ury W., Patton B. (1994), *Dochodząc do TAK. Negocjowanie bez poddawania się*, PWE, Warszawa.

Kosatka J., *Konflikty w organizacji*, pracownik.kul.pl/files/12359/public/grzesiuk/Konflikty.pdf 16.03.2012.

Iwańczuk M., (2013), *Przeszkody w mediacji*, benefit nr 7 (19)/2013.

Stoner J., Wankel Ch. (1997), *Kierowanie*, PWE, Warszawa.

http://www.asylon.pl/files/konflikty_w_biurze.pdf 16.03.2013.

Magdalena Kludacz
Politechnika Warszawska

Wycena usług szpitalnych na szczeblu centralnym w wybranych krajach europejskich

Valuation of hospital services at the central level in selected european countries

Abstract: Over the past several years DRG system was introduced in most European countries as a health care financing mechanism. This article analyzes the methods of valuation of medical services based on the DRG system in four European countries: England, Germany, France and Slovenia. Particularly important is the way and base of price determination, the manner of price adjustment, the definition of reimbursement rates and the method of calculating the average costs that could be the base of determination of cost weights and prices at national level.

Key words: hospitals, DRG, valuation of medical services

Wprowadzenie

W polskim systemie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP), który obowiązuje od 2008 r., założono, że płatnik będzie się rozliczał ze szpitalami na podstawie zryczałtowanych stawek przypisanych jednorodnym klinicznie i kosztowo przypadkom chorobowym, które tworzą określone grupy. Niestety, informacje o kosztach pochodzące ze szpitali nie są wykorzystywane do wyceny świadczeń zdrowotnych dokonywanej przez NFZ. W rzeczywistości istotnym elementem wpływającym na wartość ceny JGP są przede wszystkim zasoby finansowe płatnika. Fundusz nawet nie zbiera i nie przetwarza informacji kosztowych, mimo że mogłyby być one przydatne przy wycenie świadczeń. Szacowanie kosztów JGP najczęściej nie jest dokładne, a punktem bazowym do ustalania cen są najczęściej ceny z lat ubiegłych.

System Jednorodnych Grup Pacjentów oparty na amerykańskim systemie DRG (*Diagnostic Related Groups*) funkcjonuje obecnie w wielu krajach europejskich [Sobiech 2006, s. 215]. Celem artykułu jest analiza i porównanie różnych sposobów ustalania cen świadczeń medycznych, które mogą polegać na obliczaniu, ustalaniu lub negocjowaniu ceny przez płatnika. W artykule zwrócono również uwagę na sposób liczenia średnich kosztów, jakie mogą być brane pod uwagę przy ustalaniu stawek cenowych lub wag kosztowych będących podstawą wyceny świadczeń medycznych.

Wycena świadczeń medycznych w Anglii

Od 2004 r. prawie cała opieka szpitalna w Anglii jest refundowana na podstawie prospektywnego systemu finansowania, tzw. „Payment by Result” (PbR). W założeniu tego systemu finansowanie szpitali miało być uzależnione od ich produktywności (rezultatów), a za rezultat uznano wyleczenie pacjenta zaklasyfikowanego do określonej kategorii diagnostycznej. W systemie tym płatnik płaci szpitalom wcześniej ustaloną cenę za każdego leczonego pacjenta, biorąc pod uwagę złożoność jego potrzeb zdrowotnych.

Taryfy cenowe w systemie PbR są stosowane do finansowania świadczeń opieki szpitalnej, opieki ambulatoryjnej, usług A&E (pomoc w nagłych wypadkach) i obejmują niemal całą działalność szpitali. Usługi nieobjęte systemem PbR to m.in. opieka podstawowa, usługi społeczne, usługi zdrowia psychicznego i pogotowia ratunkowego. Taryfy PbR są ustalane na podstawie średnich kosztów szpitalnych obejmujących koszty pracy, sprzętu i koszty kapitałowe. Proces wyceny opieki nad pacjentem przyjętym do szpitala jest wspierany przez najnowszą angielską wersję systemu DRG – tzw. HRG 4 [Mason, Ward, Street 2011, s. 210].

Proces postępowania w celu wyceny i finansowania świadczeń szpitalnych w systemie PbR składa się z następujących etapów:

- Leczenie pacjenta;
- Kodowanie – po opuszczeniu szpitala przez pacjenta proces leczenia jest kodowany w odpowiednim systemie klasyfikacji: ICD-10 dla diagnoz i OPCS-4 dla interwencji. Kody i inne informacje, takie jak wiek, długość pobytu pacjenta w szpitalu są rejestrowane w specjalnym systemie komputerowym (*Patient Administration System* – PAS);
- Grupowanie – dane są przesyłane do krajowej bazy danych SUS (*Secondary Uses Service*), która przypisuje je do odpowiednich kategorii HRG; informacje z bazy są wykorzystywane do ustalania korekt w płatnościach za świadczenia medyczne i wykorzystywane przez Departament Zdrowia do ustalania taryf cenowych;

- Wycena – taryfy cenowe zależą od kategorii HRG. Dokonuje się przy tym korekt cenowych m.in. dla długich i krótkich pobyków, opieki specjalistycznej i najlepszych medycznych praktyk;
- Płatności – płatnik płaci zmienne stawki na podstawie bieżącej działalności szpitala lub stałe miesięczne kwoty wynegocjowane w umowach, które są później korygowane na podstawie rejestrów SUS o bieżącej aktywności szpitali [NHS, *Department of Health* 2012, s. 12].

Ustalanie taryf cenowych w Anglii jest długim i skomplikowanym procesem. Tradycyjnie taryfy cenowe były określane przez Departament Zdrowia z rocznym wyprzedzeniem na podstawie danych o średnich kosztach każdego HRG pochodzących ze wszystkich szpitali. Po okresie 2013–2014 instytucjami odpowiedzialnymi za ustalanie taryf cenowych będą niezależne instytucje: Monitor i NHS Commissioning Board. W Anglii istnieje obecnie duży nacisk na ustalanie tzw. taryf najlepszych praktyk, które zostały opracowane i wycenione w celu wspierania opieki wysokiej jakości.

Przy ustalaniu taryf uwzględnia się średnie koszty wszystkich dostawców, co zasługuje na szczególne wyróżnienie, gdyż w pozostałych krajach stosujących system DRG ceny bazują na kosztach pozyskanych z określonej grupy świadczeniodawców. Koszty te są jednak wcześniej „filtrowane” w celu usunięcia kosztów tych usług, które nie są finansowane w systemie HRG. Z uzyskanych danych usuwane są również wszelkie przypadki odstające, tzw. *outliers*, czyli przypadki, których koszty są mniejsze niż jedna dwudziesta średniej lub dwudziestokrotnie większe od średniej krajowej kosztów leczenia w danej grupie.

Przy ustalaniu taryfy cenowej są również informacje dotyczące:

- wskaźnika inflacji – jest to spowodowane tym, że ceny są ustalane cztery lata po roku, z którego pochodzą informacje kosztowe będące ich podstawą;
- standardów NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) wprowadzanych po ustaleniu taryfy cenowej, które wpływają na zwiększenie kosztów (np. ze względu na konieczność stosowania nowych, droższych technologii medycznych, zmiany w praktyce klinicznej) [Kozierkiewicz 2009, s. 26].

Takie same pojedyncze taryfy cenowe mają zastosowanie dla wszystkich świadczeniodawców niezależnie od ich położenia geograficznego. Jednak ze względu na stwierdzone różnice w średnich kosztach szpitali, które zależą od tego położenia, płatności dla konkretnych szpitali są dokonywane przy uwzględnieniu indeksu określanego mianem współczynnika siły rynkowej (*Market Forces Factor* – MFF).

W rezultacie cena płacona za każde HRG jest unikalna dla każdego szpitala i liczona według wzoru:

$$Tik = MFF_t Ti,$$

gdzie; MFF_t – współczynnik siły rynkowej dla danego szpitala

Proces ustalania taryfy cenowej trwa kilka lat. Koszty poniesione w pierwszym roku są zbierane w roku drugim, analizowane w roku trzecim i dopiero w czwartym są na ich podstawie ustalane taryfy cenowe.

Wycena świadczeń medycznych we Francji

Większość wydatków szpitalnych we Francji jest obecnie finansowana przy wykorzystaniu systemu DRG, który funkcjonuje pod nazwą *Groupes Homogenes de Malades* (GHM). Przechodzenie na prospektywny system finansowania według stawek określonych dla każdej kategorii GHM rozpoczęto w 2004 r. W marcu roku 2005 system ten został również wdrożony w szpitalach prywatnych. Od tego czasu szpitale publiczne i prywatne są finansowane na podstawie GHM, przy czym wycena poszczególnych kategorii diagnostycznych odbywa się na podstawie narodowego taryfikatora.

Jednostką rozliczeniową w systemie PPS jest pobyt w szpitalu, który obejmuje cały okres pobytu pacjenta, od momentu jego przyjęcia do szpitala, do zakończenia pobytu. Stawka wypłacana za pobyt zależy od jego przyporządkowania do odpowiedniej kategorii GHM. Ceny za poszczególne kategorie GHM są ustalane na poziomie krajowym. W niektórych wypadkach (np. intensywna terapia, neonatologia, ciągła opieka medyczna), gdy długość pobytu pacjenta w szpitalu przekracza określony limit, do ceny GHM są dodawane dzienne suplementy. Płatności dokonane na podstawie systemu GHM obejmują mniej więcej 60% budżetu szpitali. Drogie leki i wyroby medyczne są finansowane dodatkowo na poziomie rzeczywistych kosztów, które są doliczane do ceny GHM [Bellanger, Tardif 2006, s. 297].

System GHM obejmuje całą opiekę szpitalną od roku 2008. Oprócz ostrej opieki szpitalnej systemem GHM są objęte takie świadczenia jak: hospitalizacja jednego dnia, chirurgia ambulatoryjna, domowa hospitalizacja, dzienne leczenie (chemioterapia, radioterapia, dializy) [HCAAM 2009]. Realizowane są również plany mające na celu włączenie do systemu GHM opieki psychiatrycznej i usług rehabilitacyjnych.

We Francji instytucją odpowiedzialną za opracowanie i aktualizowanie klasyfikacji pacjentów GHM i wycenę świadczeń zdrowotnych jest Techniczna Agencja Informacji Szpitalnych (ATIH). W pierwszym etapie prac Techniczna Agencja Informacji Szpitalnych zbiera informacje na temat pobytu pacjentów w szpitalu, w tym zarówno informacje medyczne, jak i szczegółowe raporty kosztowe. Agencja gromadzi i przetwarza te dane w ramach systemu Narodowej Analizy Kosztów (ENCC) wprowadzonego w 1992 r. Koszty leczenia poszczególnych przypadków z grup GHM są obliczane każdego roku na niewielkiej

próbie kilkudziesięciu szpitali, które prowadzą różnorodną działalność (publiczne, prywatne kliniczne, ośrodki onkologiczne), reprezentują różne rejony Francji, stosują ten sam model rachunku kosztów i są sprawdzane przez agencję ATIH pod kątem możliwości przetwarzania informacji kosztowych. Ma to na celu ustalenie średnich kosztów GHM (kosztów referencyjnych), które są podstawą ustalania taryf cenowych.

Ze względu na niewielką próbkę szpitali dostarczających informacji do wyceny świadczeń koszty GHM są ważne z uwzględnieniem rodzaju szpitala. Warto podkreślić, że dane kosztowe zebrane w danym roku są wykorzystane do ustalenia cen dopiero po upływie dwóch lat. Przykładowo dane dotyczące kosztów hospitalizacji, pochodzące z 2009 r., były analizowane w roku następnym i dopiero w roku 2010 zostały wykorzystane do ustalenia cen usług medycznych.

Ceny świadczeń zdrowotnych we Francji są corocznie ustalane przez Ministerstwo Zdrowia, które bierze pod uwagę nie tylko średnie koszty GHM, ale również cele budżetowe dla sektora szpitalnego i inne priorytety polityczne. Ceny mogą być w ciągu roku modyfikowane, np. zmniejszone po przekroczeniu określonych założeń dotyczących wielkości świadczeń. W związku z tym coroczne zmiany cen są bardzo trudne do przewidzenia, a szpitale nie mają pewności, czy zwiększenie aktywności w leczeniu pacjentów doprowadzi do zwiększenia ich przychodów.

W chwili obecnej metodologia ustalania cen dla szpitali prywatnych i publicznych nie jest jednakowa. Taryfy cenowe są bowiem ustalane na bazie innych kategorii kosztów (taryfy cenowe dla szpitali publicznych obejmują wszystkie kategorie kosztów, a dla szpitali prywatnych nie obejmują kosztów pracy lekarzy i części kosztów wyposażenia) i różnią się ze względu na różnice w kosztach historycznych między sektorami. W planach jest ujednolicenie cen GHM dla szpitali publicznych i prywatnych do 2016 r. Warto podkreślić, że od roku 2008 ceny GHM obejmują również koszty kapitałowe szpitali [Cour des Comptes 2009].

Płatności przekazywane do szpitali są dostosowane również do tzw. „przypadków ekstremalnych” pod względem długości pobytu pacjenta w szpitalu (czyli z bardzo długim lub z krótkim okresem pobytu). W tym celu dla każdego GHM oblicza się dolny i górny próg standardowej długości pobytu pacjenta w szpitalu. Standardowa taryfa GHM dotyczy przypadków mieszczących się w ustalonych granicach. W wypadku pobytów długoterminowych na każdy dodatkowy dzień pobytu powyżej ustalonego progu szpitale otrzymują specjalną dopłatę. Jeśli chodzi o pobyty krótkoterminowe (poniżej obliczonego progu), płatności dla szpitali są zmniejszane w celu zniechęcenia ich do wcześniejszego, niż jest to uzasadnione klinicznie, wypuszczania pacjentów ze szpitala.

W chwili obecnej ceny ustalone na poziomie krajowym są korygowane o tzw. współczynnik przejściowy, obliczony dla każdego szpitala na podstawie jego kosztów historycznych. Współczynniki te są stosowane w celu uniknięcia dużych zmian w corocznych budżetach szpitali. Docelowo współczynnik ten ma wynosić jeden, zarówno dla sektora publicznego, jak i prywatnego. Dla szpitali z okolic Paryża i terytoriów zamorskich jest stosowany dodatkowy współczynnik regionalny ze względu na wyższe koszty pracy. Szpitale otrzymują również dodatkowe płatności przy stosowaniu określonych drogich leków i wyrobów medycznych, a także przy prowadzeniu działalności dydaktycznej [Or, Bellanger 2011, s. 237].

Wycena świadczeń medycznych w Niemczech

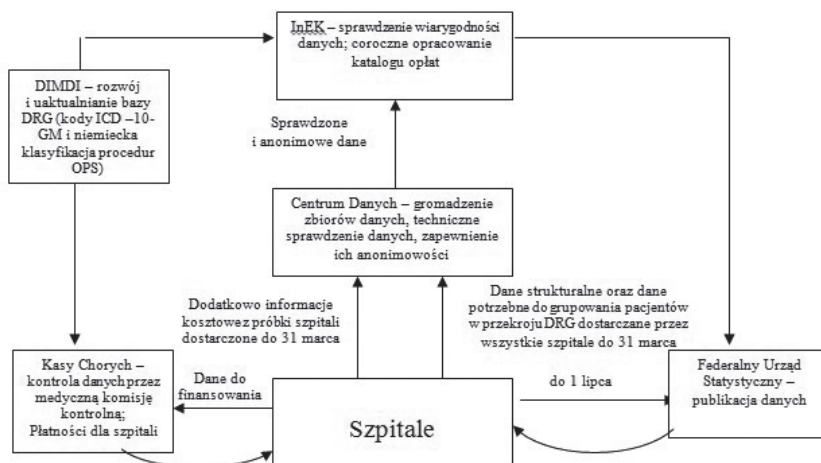
Niemiecki system G-DRG (*German Diagnosis Related Groups*), oparty na australijskiej wersji DRG, był wprowadzany od 2003 r. i stopniowo zastępował on pozostałe metody opłacania usług szpitalnych. Obecnie system G-DRG obejmuje wszystkie szpitale, niezależnie od rodzaju własności oraz wszystkich pacjentów, niezależnie od tego, czy są ubezpieczeni w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego (SHI), posiadają prywatne ubezpieczenie zdrowotne czy też finansują leczenie z własnych środków [Tuschen, Trefz 2004].

Instytucją odpowiedzialną za wycenę poszczególnych grup diagnostycznych w Niemczech i rozwój systemu DRG na poziomie krajowym jest Instytut Systemu Finansowania Szpitali InEK (*Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus*). Każdy przypadek DRG jest przypisywany do jednej z 25 głównych kategorii diagnostycznych (MDCs) i ma stałą wagę kosztów, która jest obliczana przez InEK na podstawie średnich kosztów pozyskanych od określonej grupy szpitali [Geissler, Scheller-Kreinsen, Quentin, Busse 2011, s. 248].

Do obliczenia wag kosztowych potrzebne są informacje o poniesionych kosztach i dokonaniach gromadzone w niemieckich szpitalach. Dane potrzebne do grupowania pacjentów do poszczególnych DRG są przekazywane przez wszystkie szpitale, natomiast pewna grupa szpitali została dodatkowo zobowiązana do szczegółowego grupowania danych kosztowych w celu wyceny poszczególnych grup diagnostycznych. Pozostałe szpitale mogą dobrowolnie przekazywać dane kosztowe, które są wykorzystywane do obliczenia wag kosztowych. W tym celu muszą gromadzić informacje kosztowe na poziomie pacjenta. W celu zapewnienia jednolitych i porównywalnych informacji kosztowych InEK opracował standardowy system rachunku kosztów oparty na podręczniku kalkulacji kosztów (*Calculation Handbook*) [InEK, 2007].

Rodzaje informacji zbieranych w celu finansowania szpitali i dalszego rozwoju systemu DRG przedstawia rysunek 1.

Rys. 1. Rodzaje informacji zbieranych w celu finansowania szpitali i dalszego rozwoju systemu DRG



Źródło: [Geissler, Scheller-Kreinsen, Quentin, Busse 2011, s. 253].

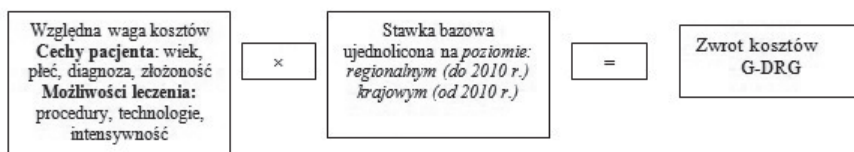
Dane kliniczne i strukturalne pochodzące od wszystkich szpitali są przesyłane do Centrum Danych, które jest obsługiwane przez specjalistyczny program komputerowy sprawdzający jakość danych przed ich przekazaniem do Instytutu IneK. Dane kosztowe są pobierane z grupy około 250 szpitali i również przekazywane do Centrum Danych w celu ich sprawdzenia. InEK otrzymuje te dane po ich sprawdzeniu w terminie do pierwszego lipca i wykorzystuje je do opracowania katalogu opłat, który będzie obowiązywał w następnych latach. Przykładowo system G-DRG za rok 2011 był opracowany na podstawie danych z roku 2009, a rok 2010 służył do sprawdzenia wiarygodności tych danych i przeliczenia wag kosztowych.

W katalogu opłat szpitalnych za 2010 r. istniało 1155 DRG z określonymi wagami kosztowymi, 45 DRG bez określonych wag kosztowych oraz 143 opłat dodatkowych, które służą do finansowania długoterminowych pobytów w szpitalu, kosztownych usług i bardzo drogich leków. Stawki za DRG bez określonych wag kosztowych są negocjowane indywidualnie ze szpitalami. Przychody z G-DRG służą do finansowania kosztów leczenia, opieki pielęgniarskiej, zapewnienia leków i urządzeń terapeutycznych, a także wyżywienia i zakwaterowania. W przeciwieństwie do innych krajów w systemie DRG nie pokrywa się kosztów kapitałowych [Schreyögg, Tiemann, Busse 2006, s. 271]. Przychody uzyskane za poszczególne kategorie DRG stanowią około 80% przychodów szpitali.

Wagi kosztów są obliczane na podstawie relacji pomiędzy poszczególnymi G-DRG pod względem intensywności zużywanych zasobów. W tym celu średnie koszty przypadków w każdej grupie DRG są dzielone przez tzw. wartość referencyjną ustaloną dla danego roku. Wartość referencyjną najczęściej ustala się, dzieląc iloczyn sumy średnich kosztów przypadków DRG i liczby przypadków DRG przez całkowitą liczbę przypadków DRG wszystkich szpitali rozliczających, stosujących system DRG.

Cena dla grupy DRG z przypisaną wagą kosztów na poziomie jedności stanowi stawkę bazową (średnie koszty). Ceny DRG są ustalane poprzez pomnożenie bazowej stawki i wagi kosztów przyporządkowanej do danego DRG, co przedstawiono na rysunku 2.

Rys. 2. Składniki zwrotu kosztów w systemie G-DRG



Źródło: [Geissler, Scheller-Kreinsen, Quentin, Busse 2011, s. 262].

Wagi kosztów są corocznie aktualizowane przez IneK przy wykorzystaniu informacji kosztowych na poziomie pacjenta, pozyskanych od szpitali [InEK 2009]. Do ustalania wag kosztów nie uwzględnia się przypadków „odstających”, czyli tych, których długość pobytu przekracza wyznaczone normy, które są liczone przy wykorzystaniu takich danych jak: średnia arytmetyczna długości pobytu i odchylenie standardowe długości pobytu.

Wycena świadczeń medycznych w Słowenii

W Słowenii większość usług świadczonych przez szpitale ogólne jest finansowana na podstawie systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (DRG), który został wdrożony w 2003 r. na bazie australijskiej wersji grupowania przypadków chorobowych (AR-DRG) [Hindle 2003]. Wagi kosztowe stosowane w słoweńskim systemie DRG zostały zatem zapożyczone z modelu australijskiego dla sektora publicznego, w którym informacje kosztowe pochodzą z Narodowego Zbioru Danych Kosztowych Szpitali (*National Hospital Cost Data Collection*). Reprezentują one stosunek względnej ceny każdego DRG do średniej ceny DRG na poziomie krajowym (przeciętna cena leczenia na poziomie krajowym).

Koszty DRG obejmują koszty pracy (wynagrodzenia), koszty pośrednie i zużycie środków trwałych związane z realizacją opieki zdrowotnej lecznictwa

zamkniętego. Do tej pory nie opracowano jednak jednolitych zasad rachunku kosztów będącego podstawą wyceny świadczeń zdrowotnych. Koszty szpitali nie są również brane pod uwagę do ustalania cen dla poszczególnych DRG przez płatnika. Skutkiem tego jest niedopasowanie wartości DRG do rzeczywistych kosztów.

Świadczenia zdrowotne są nabywane przez Instytut Ubezpieczeń Zdrowotnych (*Health Insurance Institute of Slovenia* – HIIS) i firmy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zakup świadczeń zdrowotnych rozpoczyna się procesem negocjacji partnerskich z każdym ze szpitali. W efekcie tych negocjacji są podpisywane kontrakty zawierające wolumen usług, które szpital musi wykonać, oraz docelową wielkość budżetu, jaką szpital będzie miał do dyspozycji. W procesie negocjacji nie uczestniczą jednak firmy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, które są zobowiązane do sfinansowania wszystkich wykonanych świadczeń zdrowotnych objętych dodatkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.

Świadczenia, które mają być finansowane przez HIIS, i ilość planowanych do wykonania usług są zatem określone w rocznych umowach. Dzięki temu jest wyznaczany budżet na finansowanie usług medycznych ze środków publicznych pochodzących z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Nie ma natomiast wyznaczonego limitu na finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków prywatnych.

Ostateczna treść umowy kontraktowej zawiera ilości i ceny podawane dla poszczególnych programów, przy czym program jest definiowany jako zestaw usług zdrowotnych związanych z określonym rodzajem opieki (np. ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne). Roczne kontrakty oparte są zatem na wolumenie usług, które szpital musi wykonać, oraz docelowej wielkości budżetu, jaki będzie mieć do dyspozycji. Postanowienia umowy obejmują:

- rodzaj i ilość usług, jakie będą realizowane wraz z ceną dla poszczególnych usług;
- metody płatności;
- wymagania jakościowe;
- nadzór nad realizacją umowy;
- prawa i obowiązki strony umowy [Albrecht, Turk, Toth, Ceglar, Marn, Pribaković Brinovec, Schäfer, Avdeeva and van Ginneken 2009, s. 607].

Ograniczony roczny budżet dla programów opieki zdrowotnej na szczepku krajowym wynika zatem z ograniczonych kwot płatności ustalonych w umowach między HIIS a świadczeniodawcami. Warto dodać, że w słoweńskim systemie ochrony zdrowia obowiązuje finansowanie prospektywne, czyli

na podstawie wcześniej ustalonej ceny świadczeniodawcy uzyskują środki finansowe za wykonanie usług medycznych. Jeśli szpital nie wykona określonej w umowie liczby świadczeń, musi zwrócić proporcjonalną do tego kwotę środków. Nadwykonania nie są finansowane.

Wnioski końcowe

Każdy kraj ma własną metodologię wyceny usług medycznych w przekroju DRG przez płatnika. Optymalne dopasowanie cen do kosztów świadczeń medycznych jest niezmiernie trudne ze względu na dużą liczbę zmiennych, takich jak: regionalne różnice w korzystaniu z opieki zdrowotnej i w kosztach czynników produkcji, zjawiska demograficzne, praktyka kliniczna.

Różnice w wycenie usług medycznych przez płatnika mogą dotyczyć następujących etapów:

1. zdefiniowania produktu (usługi) w systemie DRG – produkt może być zdefiniowany jako pojedyncza procedura medyczna, grupa procedur medycznych lub jako kombinacja danych klinicznych, demograficznych i finansowych (dotyczących zużycia zasobów);
2. sposobu ustalenia ceny, który może polegać na obliczaniu, ustalaniu lub negocjowaniu ceny przez płatnika.

W Wielkiej Brytanii oraz we Francji ceny DRG są ustalane bezpośrednio na podstawie obliczonych średnich kosztów DRG [Epstein, Mason 2006]. Inna metoda ustalania ceny polega na obliczeniu wag kosztowych, które odzwierciedlają różnice w wykorzystaniu zasobów na poszczególne grupy usług medycznych. W takiej sytuacji należy jedynie ustalić lub wynegocjować cenę jednego punktu DRG. Ceny dla wszystkich DRG są obliczane poprzez pomnożenie ustalonej ceny przez liczbę ważonych punktów przypisanych do poszczególnych DRG. Taka sytuacja występuje w Niemczech, Polsce i Słowenii.

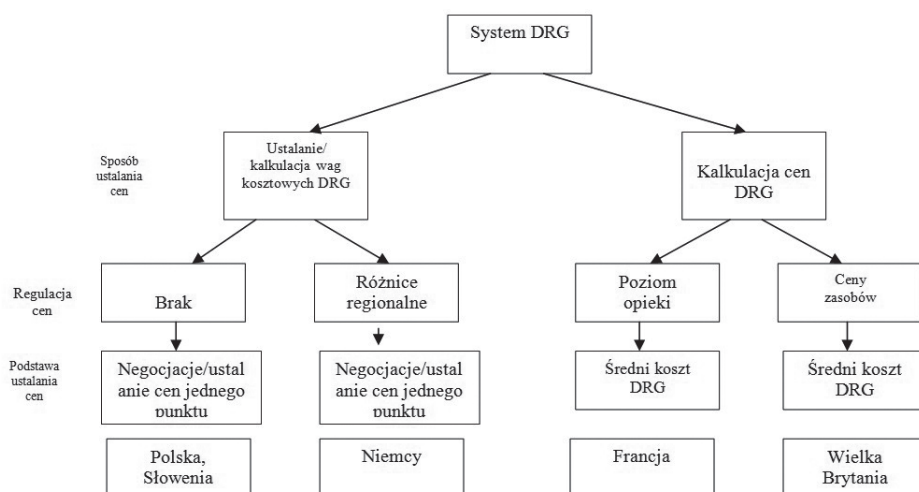
Ważnym elementem w procesie ustalania cen przez płatnika jest uwzględnienie różnych zewnętrznych czynników, które mogą wpływać na koszty DRG w poszczególnych szpitalach, np. struktura szpitala (wielkość, poziom opieki, badania), uwarunkowania regionalne (np. ceny surowców). Z tego względu wiele krajów europejskich stosuje dodatkowy mechanizm regulacji cen DRG, np.:

- różnicowanie cen DRG dla poszczególnych jednostek administracyjnych – Niemcy do roku 2010;
- liczenie oddzielnych średnich kosztów DRG dla pięciu typów szpitali – Francja;
- korygowanie średnich kosztów DRG o różnice w cenach zewnętrznych czynników wpływających na koszty (np. lokalny poziom płac, koszty

wynajmu) – Wielka Brytania [Schrey, Stargardt, Tiemann, Busse 2006, s. 215–223].

Sposób ustalania cen w analizowanych krajach europejskich przedstawiono na rysunku 3.

Rys. 3. Sposób ustalania cen w analizowanych krajach europejskich



Źródło: Opracowanie własne.

We wszystkich analizowanych krajach obowiązuje jednolity mechanizm finansowania DRG w obrębie całego kraju. Warto bowiem podkreślić, że w niektórych krajach europejskich występują różne mechanizmy finansowania DRG dla poszczególnych regionów, różniące się np. wagami, cenami, klasyfikacją pacjentów itp.¹

Bibliografia:

Albrecht T., Turk E., Toth M., Ceglar J., Marn S., Pribaković Brinovec R., Schäfer M., Avdeeva O., van Ginneken E. (2009), *Slovenia: Health system review*, „Health Systems in Transition”, volume 11(3).

Bellanger M.M., Tardif L. (2006), *Accounting and reimbursement schemes for inpatient care in France*, „Health Care Management Science” 9.

¹ Przykładowo we Włoszech niektóre regiony mogą wykorzystywać zmodyfikowane wersje systemu DRG opracowanego na poziomie narodowym, a w Hiszpanii Katalonia wykorzystuje inne wagi kosztowe i finansuje szpitale według innego algorytmu. Więcej na ten temat w: A. Torbica, G. Fattore (2005), *The essential levels of care in Italy: when being explicit serves the devolution of powers*, Eur J Health Econ 6:S. 46–52;

Cour des comptes(2009), *La Sécurité Sociale, chapitre 7, La mise en place de la T2A: Bilan à mi-parcours*. Paris.

Epstein D., Mason A. (2006), *Costs and prices for inpatient care in England: mirror twins or distant cousins*, „Health Care Manage Science” 9.

Geissler A., Scheller-Kreinsen D., Quentin W., Busse R. (2011), *Germany: Understanding G-DRGs*, [in:] Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M., (ed.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*; World Health Organization, Open University Press.

HCAAM (2009), *Note sur la situation des établissements de santé*, Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie, Paris Avril.

Hindle D. (2003), *Implementing DRGs in Slovenia: why the Australian variant was selected*, „Australian Health Review”, Vol 36, No 3.

InEK (2007), *Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten Version 3.0*, Siegburg.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (2009), *Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2010*, Siegburg.

Kozierkiewicz A. (2009), *Jednorodne Grupy Pacjentów. Przewodnik po systemie*, Wyd. Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa.

Mason A., Ward P., Street A. (2011), *England: The Healthcare Resource Group system*, [in:] Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M., (ed.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*; World Health Organization, Open University Press.

NHS, Departament of Health (2012), *A Simple guide to Payment by Result*, NHS – przewodnik na lata 2012/2013, <http://www.dh.gov.uk/pbr> dostęp: 1 marca 2013.

Or Z., Bellanger M. (2011), *France: Implementing homogeneous patient groups in a mixed market*, [in:] Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M., (ed.), *Diagnosis-Related Groups in Europe. Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*; World Health Organization, Open University Press.

Schrey J., Stargardt T. , Tiemann O., Busse R. (2006), *Methods to determine reimbursement rates for diagnosis related groups (DRG): A comparison of nine European countries*, „Health Care Manage Science” 9.

Schreyögg J., Tiemann O., Busse R. (2006), *Cost accounting to determine prices: How well do prices reflect costs in the German DRG-system*, „Health Care Management Science” 9.

Sobiech J. (2006), *System jednorodnych grup pacjentów jako mechanizm finansowania szpitala*, [w:] Rój J., Sobiech J. (red.), *Zarządzanie finansami szpitala*, Dom Wydawniczy ABC, Warszawa.

Torbica A., Fattore G., (2005), *The essential levels of care in Italy: when being explicit serves the devolution of powers*, „Eur J Health Econ” 6.

Tuschen K.H., Trefz U. (2004), *Krankenhausentgeltgesetz: Kommentar*, Stuttgart.

Niniejsza praca jest współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, projekt „Program Rozwojowy Politechniki Warszawskiej” realizowany przez Centrum Studiów Zaawansowanych.

Izabela Rydlewska–Liszkowska

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

„Lean Management” – doskonalenie zarządzania w podmiotach leczniczych

„Lean Management” – management improvement in health care units

Abstract: The aim of this article is to present selected ways of developing the management in medical institutions in Poland with the help of Lean Management. The author concentrates on processes of changes in clinical hospitals which include: dealing with special tasks in healthcare system, diversity of tasks, medical technology, diversity of relationships with the surrounding, financing from few different sources, limits of resources (especially public ones). The article leads to a conclusion that Lean Management should be a way of thinking.

Key words: lean, management, health services, health care units restructuring

Wstęp

System zarządzania produkcją rozwinięty i wdrożony w koncernie Toyota w okresie po II wojnie światowej został uznany za swoistego rodzaju cud w obszarze systemów zarządzania, umożliwiający poprawę produktywności, jakości i efektywności przedsiębiorstw. Przez lata był on wprowadzany do systemów produkcyjnych, a także w budownictwie, ochronie zdrowia i wielu podmiotach działających w różnych sekcjach gospodarki narodowej pod nazwą Lean Management, Lean Production lub po prostu Lean. Lean w zarządzaniu oznacza eliminowanie strat i wszelkich czynników nieprzynoszących wartości dodanej produktu lub usługi. Kluczowym składnikiem Lean jest stałe doskonalenie (*kaizen*). [Niedziółka, Piasek 2009, ss. 79–87]. Według Grabana Lean to zestaw narzędzi, system zarządzania oraz filozofia, których wprowadzenie może zmienić sposób organizacji i zarządzania podmiotami leczniczymi. „Szczupły system to metoda, która pozwala szpitalom poprawiać

jakość opieki nad pacjentami przez zmniejszanie liczby błędów i skracanie czasów oczekiwania” [Graban 2011, s. 2]. Permanentne dążenie do doskonałości zarządzania procesami wytwarzania nie pozostaje jednak bez negatywnego wpływu na zadowolenie czy zdrowie pracowników oraz jakość wytwarzanych produktów. Często nie wiąże się z podwyższaniem wynagrodzeń, poprawą bezpieczeństwa pracy czy warunków pracy. Zaowocował między innymi wprowadzeniem do systemu pracowniczych rekompensat zdrowotnych w Japonii dwóch jednostek chorobowych, nieuwzględnianych w systemach zabezpieczenia społecznego innych krajów: *karoshi* (zgony wynikające z przepracowania) [np. Der-Shin Ke 2012, ss. 54–59; Iwasaki, Takahashi, Nakata 2006, ss. 537–540.; Uchiyama, Kurasawa, Sekizawa, Nakatsuka 2005, ss. 102–111.] i *karo jisatsu* (samobójstwa spowodowane przepracowaniem) [np. Inoue, Matsumoto 2000, ss. 284–285; Kawanishi 2008, ss. 61–74; Weathers, North 2009/2010, ss. 615–636].

Celem niniejszego artykułu jest wskazanie wybranych kierunków doskonalenia zarządzania w podmiotach leczniczych w Polsce przy zastosowaniu koncepcji Lean Management, w aspekcie podejmowanych działań restrukturyzacyjnych w podmiotach leczniczych. Szczególna uwaga zostanie skupiona na procesach zmian w szpitalach klinicznych, które charakteryzują się następującymi cechami:

- wykonywanie specjalistycznych zadań w dziedzinie ochrony zdrowia,
- wieloprofilowość zadań,,
- stosowanie wysoko zaawansowanych technologii medycznych,
- wielość i różnorodność relacji z otoczeniem,
- finansowanie z kilku źródeł zasilania,
- ograniczoność zasobów, w tym głównie środków publicznych.

Podlegają one procesom restrukturyzacyjnym, co wynika nie tylko z prawnie nałożonych obowiązków [Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: Dz. U. 2011 nr. 112, poz. 654], ale również z decyzji samych zarządzających podmiotami. Część z nich podlega restrukturyzacji finansowej (w tym oddłużaniu) i przekształcaniu w spółki prawa handlowego. Skuteczność działań wynikających z centralnie podejmowanych decyzji systemowych zmierzających do przywrócenia równowagi finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej podejmowanych od lat 90. i kontynuowanych obecnie jest wątpliwa¹ [np. Fijałkowska B., 2012].

¹ W ramach tzw. Planu B w latach 2009–2011 [Uchwała Nr 58/2009 Rady Ministrów z dnia 27 kwietnia 2009 r. w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Wsparcie jednostek samorządu terytorialnego w działaniach stabilizujących system ochrony zdrowia”], który objął 80 samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (54 SPZOZ-y przekształcono w spółki

Tab. 1. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (I kwartał 2013)

Województwo	Stan (w mln zł)	Dynamika (I kw 2013/2012)
dolnośląskie	697,8	98,0%
kujawsko-pomorskie	800,1	106,4%
lubelskie	865,3	102,0%
lubuskie	356,5	99,2%
łódzkie	624,3	97,3%
małopolskie	731,5	96,0%
mazowieckie	1 787,0	102,8%
opolskie	125,8	94,1%
podkarpackie	518,4	103,8%
podlaskie	374,6	103,8%
pomorskie	632,6	98,8%
śląskie	1 285,8	99,7%
świętokrzyskie	384,8	104,0%
warmińsko-mazurskie	176,8	87,8%
wielkopolskie	620,6	99,6%
zachodniopomorskie	294,8	98,5%
MON	180,9	102,0%
MSW	283,8	115,1%
Razem	10 741,3	100,8%

Źródło: Dynamika zobowiązań ogółem SPZOZ w podziale na województwa. Informacja MZ na podstawie danych ankietowych uzyskanych z urzędów wojewódzkich, MSW, MON, uczelni medycznych i SPZOZ nadzorowanych przez MZ, <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&ma=3917>

Pomimo szeregu inicjatyw na szczeblu Ministerstwa Zdrowia oraz na poziomie zarządzania przez samorządy lokalne publicznymi zakładami opieki zdrowotnej ich zadłużenie nie tylko się nie ustabilizowało, ale – jak wskazują najnowsze dane – wzrasta w skali systemu zdrowotnego (tabela 1). Wobec takich faktów uzasadnione jest poszukiwanie i implementacja rozwiązań mających charakter dobrych praktyk wdrażanych dzięki inicjatywie kadry za-

kapitałowe, 26 – zlikwidowano), zgodnie z informacją Związku Powiatów Polskich z kwoty 1,381 mln zł zaplanowanej na realizację programu ok. 754 mln zł wydano na restrukturyzację. Ponad 53% zadłużenia przejętego przez jednostki samorządu terytorialnego po przekształceniu SPZOZ w spółki kapitałowe pokryte zostało ze środków budżetowych. [Rotaub R., *Przekształcenia szpitali – wczoraj, dziś i jutro*, „Rynek Zdrowia” 12-12-2012].

rzządzającej szpitalami, umożliwiającących racjonalne/szczupłe gospodarowanie zasobami przy jednoczesnym godzeniu interesów odbiorców produktów, czyli pacjentów i płatników, oraz podmiotów je wytwarzających.

Koncepcja Lean Management – główne założenia

W piśmiennictwie zaprezentowano szereg określeń Lean Management. Przedstawia się tę koncepcję jako zarządzania przedsiębiorstwem, zakładające dostosowanie go do rynkowych warunków gospodarowania na podstawie ciągłych procesów racjonalizacyjnych organizacji i jej relacji z otoczeniem. Procesy te powinny dotyczyć wprowadzania zmian w zakresie działalności, struktury majątku, zarządzania, kształtowania postaw pracowników ukierunkowanych na „odchudzanie” organizacji [Lichtarski 1997, s. 224]. W innym określeniu kładzie się nacisk na sposoby ograniczania kosztów wytwarzania wartości dodanej dla klienta drogą racjonalizowania zatrudnienia, infrastruktury, nakładów na bieżącą i inwestycyjną działalność oraz czasu pracy [Jones, Womack 2001, s. 15 i nast.; Nogalski, Walentynowicz 2004, ss. 14–32]. Jako nadrzędną zasadę Lean przyjmuje się eliminację marnotrawstwa służącą ograniczaniu kosztów działalności podmiotu przy jednoczesnym zapewnieniu odpowiedniej wartości dodanej dla klienta [Czerska 2002]. W ujęciu encyklopedycznym Lean Management łączone jest ze sposobem zarządzania przedsiębiorstwem, wykorzystywanym szczególnie w procesie restrukturyzacji. Kładzie ono nacisk na racjonalizację poprzez restrukturyzowanie zasobów organizacji i sposobu ich wykorzystania z uwzględnieniem uwarunkowań wynikających z jej otoczenia. W określeniu Lean Management zaznacza się rolę „wyszczuplania” organizacji w celu poprawy produktywności i jakości produktów [Encyklopedia Zarządzania]. Jak wynika z przytoczonych określeń koncepcja Lean odnosi się zarówno do elementów wewnętrznych podmiotu, jak i jego relacji z otoczeniem, w którym funkcjonuje. Obejmuje działania poprawiające jakość produktów, restrukturyzujące zakres wytwarzanych produktów, związane ze spłaszczaniem struktur organizacyjnych, ze zmianami w zarządzaniu zasobami ludzkimi oraz zapewnianiem konkurencyjności wytwarzanych produktów.

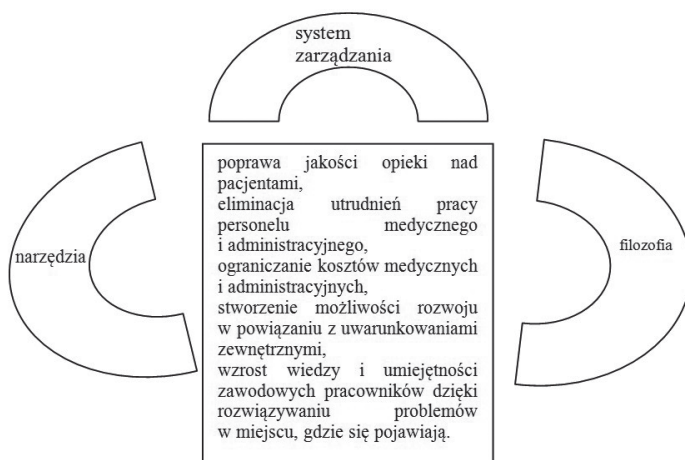
Kluczowym pojęciem Lean Management jest wartość dodana produktu lub usługi dla odbiorcy, jednocześnie przynosząca zysk ich wytwórcy. Uzyskanie jej wymaga spełnienia przynajmniej następujących warunków:

- klient (w przypadku ochrony zdrowia indywidualny pacjent lub płatnik instytucjonalny – publiczny lub prywatny) wyraża gotowość do zapłaty za dany produkt,
- produkt (świadczenie zdrowotne) posiada pożądaną przez klienta wartość (nie jest wadliwy, posiada walor użyteczności, odpowiada potrzebie zdrowotnej),

- wytwórca (podmiot leczniczy) racjonalizuje wykorzystanie czynników produkcji (nakłady pracy, nakłady na oprzyrządowanie wytwarzania, nakłady na infrastrukturę, właściwa rotacja zapasów).

Zrozumienie zasady Lean stanowi warunek uniknięcia wypaczenia jej istoty. Poprawna interpretacja łączy się z utożsamianiem jej z działaniami ukierunkowanymi na eliminowanie marnotrawstwa (z jap. *Muda*), a nie z działaniami oszczędnościowymi polegającymi na ograniczaniu nakładów przy jednoczesnym dostarczaniu wartości nie w pełni pożądanej przez klienta (np. ograniczenie zatrudnienia osób na stanowiskach sekretarek medycznych wspomagających prace lekarzy czy osób pracujących w rejestracjach podmiotów leczniczych, powodujące w konsekwencji wydłużanie się kolejek i czasu oczekiwania pacjentów oraz niezadowolenie pracowników z powodu nadmiernego obciążenia czynnościami). [Cholewicka-Goździk 2001, s. 21]. Termin *Muda* łączony jest m.in. z: wytwarzaniem wadliwych produktów, wytwarzaniem produktów o niskiej użyteczności i niskiej skuteczności dla odbiorcy, wytwarzaniem często niepotrzebnych produktów, nieefektywną organizacją pracy pracowników powodującą tzw. działania pozorne (niemające rzeczywistego celu), brakiem synchronizacji w czasie i przestrzeni czynności poszczególnych pracowników lub grup pracowników (przestoje związane z nieprzepracowanym efektywnie czasem, wynikające z niedostarczenia produktów przez wcześniejsze ogniwa wytwarzania produktu).

Rys. 1. Wpływ Lean na podmiot leczniczy



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Graban 2011, s. 2.

Podsumowując, należy zaakcentować, że koncepcja Lean – szczególnie w zarządzaniu podmiotami leczniczymi, w tym w procesach ich restrukturyzacji – powinna być precyzyjnie rozumiana. Eliminacja marnotrawstwa (czasu, sprzętu i aparatury, pieniędzy) powinna zostać odróżniona od oszczędnościowych „cięć” zasobów podmiotów leczniczych powodujących zakłócenia w przebiegu procesów medycznych, wydłużanie czasu oczekiwania pacjentów, oferowanie niepełnowartościowych świadczeń zdrowotnych i niezadowolenie pracowników z przeciążenia pracą. Lean jako koncepcja wspomagająca restrukturyzowanie podmiotów leczniczych nie stanowi sposobu generowania zysku za wszelką cenę, ale jest sposobem pogodzenia strony popytowej ze stroną podażową w drodze przekształceń majątku, sposobu zarządzania, organizowania, relacji z otoczeniem rozumianym nie tylko jako rynek świadczeń zdrowotnych, ale znacznie szerzej (legislacja, konkurencja, outsourcing, czynniki ogólnogospodarcze).

Zasady i narzędzia Lean Management w aspekcie zastosowania w podmiotach leczniczych

Logiczna sekwencja tworzenia wartości dla klienta/odbiorcy powinna być oparta na kilku zasadach Lean. Należą do nich:

- produkty pozbawione wad (świadczenia posiadające wartość dla odbiorcy; świadczenia niekwestionowane przez płatników – zgodne z normami technologicznymi, wymaganiami stawianymi przez płatników co do kwalifikacji personelu, sprzętu i aparatury medycznej, warunków infrastrukturalnych itp.; świadczenia odpowiadające zaspokojeniu danej potrzeby zdrowotnej; brak strat czasu i materiałowych; bezpieczne pod względem zdrowotnym, technologicznym i higienicznym dla wszystkich interesariuszy),
- rozwiązywanie problemów w miejscu ich powstania (gotowość pracowników do redefiniowania czynności i przeprojektowania pracy),
- zgodność wykonanego świadczenia zdrowotnego ze standardowym sposobem jego wykonywania (o ile został on opracowany), celami, warunkami realizacji,
- przejrzystość relacji między wytwórcami i odbiorcami świadczeń zdrowotnych dzięki odpowiednio zaprojektowanemu i stale doskonalonemu procesowi wytwarzania i dostarczania produktów; zaprojektowanie ról umożliwiające wytwarzanie świadczeń bez wad [Jimmerson, Weber, Sobek 6/28/04, s. 1–22].

Techniki prowadzące do eliminowania strat i dostosowania wyników działalności do oczekiwań zewnętrznych powinny także zostać dostosowane

do specyfiki podmiotów leczniczych. Poniżej przedstawione zostały wybrane techniki, które mogą okazać się szczególnie cenne z perspektywy działań restrykturyzacyjnych w podmiotach leczniczych.

- Produkcja dokładnie na czas (*Just In Time*) – zastosowanie tego narzędzia umożliwia eliminowanie nieuzasadnionego oczekiwania pacjentów, pracowników z tej samej lub innej komórki organizacyjnej, odbiorców, dostawców, a w konsekwencji zapobiega utracie kontraktów i dochodów.
- Kanban – stanowi system sygnałów wykorzystywanych w podejmowaniu poszczególnych działań na różnych etapach tworzenia produktu (w jakim punkcie czasowym potrzebne jest kolejne świadczenie zdrowotne dla pacjenta, w której części organizacyjnej podmiotu, jakie mają być wykorzystane zasoby osobowe i materiałowe). Warunkiem wprowadzenia systemu sygnałów jest stworzenie niezakłóconego systemu relacji między poszczególnymi grupami pracowników lub komórkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego prowadzącego do wypracowania zasad ścisłej współpracy oraz systemu komunikowania się między nimi. Szczególnie wskazanym podejściem do postępowania z pacjentem jest traktowanie ścieżki postępowania z nim jako nierozdzielnej całości (następujących po sobie faz tworzenia wartości), co stanowi warunek określenia skumulowanej wartości (finalnego efektu zdrowotnego) poszczególnych świadczeń (procedur medycznych) wykonywanych na jego rzecz. Warunkiem jest współpraca między poszczególnymi częściami organizacyjnymi podmiotu i odejście od traktowania świadczeń wykonywanych przez poszczególne komórki organizacyjne jako finalnych czy oderwanych od efektu finalnego dla pacjenta.
- Eliminacja marnotrawstwa – obszarami marnotrawstwa mogą być: wytwarzanie świadczeń zdrowotnych nieodpowiadających zgłaszanemu popytowi, przerwy/przestoje między poszczególnymi etapami procesu tworzenia wartości (finalnego efektu zdrowotnego) dla odbiorcy, nieuzasadnione przemieszczanie pomiędzy etapami tworzenia wartości (transport pacjenta między częściami szpitala bądź między szpitalami), pojawianie się defektów w procesie wytwarzania lub produkcji (postawienie błędnej diagnozy na podstawie wadliwego wykonania badania diagnostycznego), nieuzasadnione generowanie zapasów, zbędne przemieszczanie pracowników, sprzętu i aparatury, dokumentacji oraz nieprzyjazny sposób dostarczania produktów odbiorcom (nieprzestrzeganie terminów i godzin wykonania świadczenia zdrowotnego). Przykładowo – uzyskanie błędnych wyników badania diagnostycznego wymaga korekty lub powtórzenia, a więc zużycia dodatkowych zasobów materialnych i nakładu pracy oraz dodatkowej kontroli.

To z kolei może być przyczyną „przeostoj” w innych częściach podmiotu leczniczego.

- 5 S (selekcja, systematyka, sprzątnie, standaryzacja, samodyscyplina) – dzięki zastosowaniu tego narzędzia staje się m.in. możliwe ograniczenie zakażeń wewnątrzszpitalnych, które mogą wynikać także z nieprawidłowości składowania odpadów, nieprzestrzegania higieny pracy, przemieszczania się między oddziałami szpitalnymi bez stosownego zabezpieczenia przed narażeniem na zakażenia czynnikami biologicznymi.
- Tworzenie mapy strumienia wartości (VSM) – istotą VSM jest przeanalizowanie sposobu wytwarzania i dostarczania produktu klientowi oraz identyfikacja tych działań, które dodają wartości. Działaniem tworzącym wartość świadczenia dla pacjenta jest przeprowadzenie wywiadu z pacjentem przez pielęgniarkę w przeciwieństwie do świadczenia pozbawionego wywiadu z pacjentem czekającym na bezpośredni kontakt z lekarzem, który dopiero po wejściu pacjenta do gabinetu zleca lub przeprowadza wywiad sam.
- Jidoka – jest sposobem reagowania pracowników w przypadku problemów w czasie procesu wytwarzania produktu. Zapobiega to przenikaniu wadliwego produktu lub jego części do następnych faz wytwarzania i kolejnych stanowisk, np. w sytuacji stwierdzenia nieprawidłowego przygotowania się pacjenta do badania diagnostycznego lub zabiegu pracownik powinien przerwać łańcuch kolejnych czynności medycznych, które mogą przynieść wadliwy „efekt”.

Reasumując, należy podkreślić, że dobór narzędzi w ramach koncepcji Lean oraz sposób ich wykorzystania musi uwzględniać specyfikę danej działalności, a także dostosowanie ich do danego typu podmiotu leczniczego [Kubis 2005, ss. 291–303].

Wykorzystanie zasad „szczępłego” zarządzania w restrukturyzacji podmiotów leczniczych

Zasady zarządzania Lean w ochronie zdrowia przyjęto nazywać Lean Healthcare. Zostały one wprowadzone w wielu podmiotach ochrony zdrowia w licznych krajach [de Souza 2009; ss. 121–139]. Doświadczenia wskazują jednak, że tylko część narzędzi i metod Lean Management zostało wykorzystanych w usprawnianiu wybranych zakresów działalności podmiotów ochrony zdrowia, zwłaszcza szpitali.

Biorąc pod uwagę specyfikę sektora zdrowotnego i prowadzonej działalności, Lean posiada określoną interpretację: podmiot leczniczy to podmiot wytwarzający określone produkty – najczęściej są nimi świadczenia zdrowotne; świadczenie zdrowotne to proces wytwarzania; pacjent wraz z udzielonymi na

jego rzecz świadczeniami przynoszącymi określone efekty zdrowotne to produkt.

Przedstawione w piśmiennictwie zastosowania Lean w podmiotach leczniczych pokazują, że najczęściej jest ono ukierunkowane na poprawę jakości opieki zdrowotnej (wzrost wartości produktu dla pacjenta), poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych, usprawnienie procesów organizacyjnych, racjonalizację kosztów.

Poprawa dostępu do opieki zdrowotnej rozumiana jako skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie zdrowotne, usprawnienie wewnętrznych procesów związanych z dostarczeniem pacjentowi usługi to czynniki umożliwiające racjonalizację ponoszonych kosztów. Dzięki zwiększeniu wydajności pracy – i to zarówno jeśli chodzi o świadczenia zdrowotne, jak i czynności pomocnicze (rejestracja pacjentów, kierowanie pacjentów do odpowiednich komórek organizacyjnych w szpitalu) – pojawia się możliwość skrócenia oczekiwania na świadczenia oraz poprawy efektywności ekonomicznej podmiotów. Przy dużej skuteczności wdrażania zmian czas oczekiwania pacjentów może ulec zmniejszeniu nawet o 42%¹ [Bernatek A., *Opłacalna inwestycja w Lean Healthcare*]. Skrócenie czasu oczekiwania pacjentów to niejedyny atrybut wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Zależy ona również od sposobu dostarczania świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w tych podmiotach (głównie szpitalach), które roztańczają kompleksową opiekę złożoną z wiązki świadczeń. Często grupa pacjentów ze względu na specyfikę schorzeń wymaga wykonywania różnych czynności nie tylko w ramach jednego oddziału/działu szpitalnego. Przykładem mogą być pacjenci w wieku starszym z przewlekłymi chorobami nerek. Doświadczenia włoskich szpitali wskazują, że zapewnienie wyższej jakości opieki może zależeć od wdrożenia modeli złożonej opieki (*co-managed care*) w zależności od stanu pacjenta i procedur medycznych, które są mu niezbędne. Stwarza to sytuację, w której pacjenci nie są narażeni na częste przemieszczanie ich między różnymi częściami szpitala (unikanie zbędnego transportu) i częste zmiany personelu opiekującego się nimi. Zwiększa to niewątpliwie poczucie bezpieczeństwa pacjentów. [Greco, Cascavilla, Paris, Addante, Miscio, De Vincentis, Di Bisceglie, Crupi 2012, Suppl, ss.16–19].

Problemem wielu podmiotów ochrony zdrowia w większości systemów zdrowotnych jest silne biurokratyzowanie struktur organizacyjnych. Wiąże się to ze stratami czasu pracy pracowników medycznych, a z punktu widzenia pacjentów – z wydłużeniem drogi i czasu od momentu wystawienia zlecenia badania diagnostycznego do chwili jego wykonania i uzyskania wyniku badania. Często wydłużenie „ścieżki” związane jest bądź z błędami

¹ Projektu wdrożenia koncepcji Lean w szpitalach zainicjowany przez Ministerstwo Zdrowia w prowincji Quebec, w Kanadzie.

w wypełnianiu kart zleceń, bądź z błędami w wykonaniu samego badania. Jak wynika z doświadczeń kanadyjskich, dzięki optymalizacji czasu poświęcanego na procesy organizacyjne czy czynności związane z diagnostyką medyczną szpitale mogą intensyfikować pracę zarówno ludzką, jak i aparaturową, a dzięki temu w tym samym czasie realizować więcej świadczeń zdrowotnych, co może się przełożyć na zwiększenie dostępności do nich. Dodatkowym atutem jest realizacja takiej samej działalności przy takich samych środkach [Villeneuve 2011, ss. 41–48].

Zmiany inspirowane koncepcją Lean (*lean inspired*), które zaowocowały skróceniem czasu oczekiwania pacjentów o 19–24%, związane były z wykreowaniem jasnych, zrozumiałych mechanizmów współpracy między poszczególnymi pracownikami dzięki określeniu ich ról w łańcuchu tworzenia wartości dla pacjenta, stworzeniem nowych zasad komunikowania się pracowników, określeniem schematów postępowania i harmonogramów pracy, zakresu obowiązków i sposobów rozwiązywania bieżących problemów. Adaptacja Lean w szwedzkich szpitalach spowodowała poprawę zarządzania dzięki wprowadzeniu standaryzacji pracy, organizacyjnym powiązaniom stanowisk/osób pracujących we wzajemnych logicznych zależnościach, wyeliminowaniu zbędnych i zakłócających procedury medyczne działań, wprowadzeniu motywacji pracowników do samodzielnego określania problemów i ich pokonywania [Mazzonato, Holden, Brommels, Aronsson, Bäckman, Elg, Thor 2012; Brännmark, Halvarsson, Lindskog, *Implementing Lean in Swedish Municipalities and Hospitals*]. Skuteczność adaptacji Lean w zakresie wzmocnienia ról pracowników w łańcuchu tworzenia wartości może być uwarunkowana przekazaniem większej odpowiedzialności za sposób wykonywania pracy i jej efekty poszczególnym pracownikom, którzy postrzegają to jako zwiększoną motywację do pracy [Glossmann, Schliebusch, Diehl, Walshe 2000, ss. 470–473]. Biorąc pod uwagę specyfikę realizowanych zadań, sposób zarządzania w podmiotach ochrony zdrowia oraz silne ograniczenia ich funkcjonowania, spowodowane ograniczonym dostępem do publicznych środków finansowych, podejściem, które może przynieść dobre efekty wdrażania zasad Lean, jest podejście ewolucyjne [Nielsen, *Improving Healthcare through Lean Management: Experiences from the Danish healthcare system*].

Wobec międzynarodowych doświadczeń i wniosków wynikających z wdrażania Lean w podmiotach ochrony zdrowia oraz uwarunkowań funkcjonowania podmiotów leczniczych w Polsce można dokonać próby wskazania kierunków doskonalenia zarządzania w publicznych podmiotach leczniczych. Szczególna uwaga zostanie skupiona na szpitalach klinicznych, stanowiących bazę dla działalności naukowej i dydaktycznej.

Punktem wyjścia do określenia obszarów funkcjonowania podmiotu, które powinny stać się przedmiotem doskonalenia/restrukturyzacji, jest diagnoza działalności podmiotu, zawierająca:

- analizę sytuacji ekonomicznej (podstawowe wielkości i wskaźniki ekonomiczne oraz sprawozdania finansowe); w warunkach rosnącego zadłużenia finansowego szpitali w Polsce w zakres analizy powinny zostać włączone: wskaźniki sprawności finansowej – rotacja należności, rotacja zobowiązań, rotacja zapasów; wskaźniki zadłużenia – wskaźnik zadłużenia ogółem, wskaźnik pokrycia zobowiązań kapitałem własnym; wskaźniki produktywności);
- analiza przyczyn istniejącej sytuacji finansowej podmiotu (wpływ zmian systemowych na sytuację podmiotu);
- analiza wewnętrznych przyczyn nieprawidłowości organizowania i zarządzania podmiotem (zakres i struktura zasobów, stopień ich dostosowania do prowadzonej działalności, alokacja zasobów w podmiocie, organizacja procesów pracy, wzajemne relacje między działalnością medyczną i naukową itp.).

Wnioski sformułowane w wyniku diagnozy powinny stać się punktem wyjścia do wskazania kierunków doskonalenia zarządzania podmiotem. Jednakże stworzenie jednakowej listy kierunków, czyli „recepty” na restrukturyzację dla wszystkich szpitali nie jest uzasadnione, ponieważ istniejące różnice profilowe, technologiczne, organizacyjne, finansowe wyzwalają inne problemy. Potencjalnie mogą one obejmować:

- ustalenie priorytetowych i pozostałych zadań w poszczególnych zakresach prowadzonej działalności (medycznej, naukowej, dydaktycznej) i specjalnościach medycznych oraz jednostkowych czynności składających się na ich realizację;
- restrukturyzację organizacyjną, np. komasację diagnostyki laboratoryjnej połączoną ze zmianą lokalizacji komórek diagnostycznych w celu obniżenia kosztów; alokację archiwizowanych dokumentów w jednym „miejscu” w budynku szpitala, co umożliwi szybszy dostęp do informacji i adaptację zwolnionych pomieszczeń na inne cele;
- restrukturyzację funkcjonalną – restrukturyzację łóżek szpitalnych w celu dostosowania bazy łóżkowej do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych i możliwości finansowania (monitorowanie wskaźników średniego okresu pobytu pacjentów, czasu oczekiwania na przyjęcie do oddziału lub kliniki, stopień wykorzystania łóżek);
- restrukturyzację zasobów: połączenie jednostek klinicznych umożliwiające prowadzenie spójnej polityki w zakresie intensyfikacji wykorzystania

sprzętu i aparatury medycznej; udostępnienie oprzyrządowania oddziałów klinicznych oddziałom wykonującym świadczenia zdrowotne w ramach sprawowania opieki nad lokalną populacją (wyeliminowanie powielania zakupów tych samych urządzeń i aparatury oraz rozproszenia aparatury podnoszącego koszty eksploatacji); centralizacja rozmieszczenia elementów bazy diagnostycznej;

- restrukturyzację zasobów osobowych w aspekcie przypisania pracowników do zadań diagnostycznych, hospitalizacyjnych, ambulatoryjnych; formalne przypisanie pracowników do zadań konsultacyjnych nie tylko w ramach jednej kliniki czy oddziału, ale także dla innych komórek organizacyjnych;
- wyeliminowanie (poprzez komasację) powielania tych samych procedur medycznych przez kilka komórek organizacyjnych szpitala w celu usprawnienia zarządzania zasobami i wyeliminowania zbędnych czynników wytwarzania;
- określenie centrów odpowiedzialności za gospodarowanie sprzętem i aparaturą medyczną (przejęcie nadzoru nad gospodarowaniem aparaturą diagnostyczną przez wydzielony oddział, zakład, klinikę czy poradnię);
- wdrażanie nowych technologii medycznych umożliwiających sprawniejsze diagnozowanie jednostek chorobowych, co wiąże się ze skróceniem czasu oczekiwania na wyniki i czasu od momentu diagnozy do momentu podjęcia interwencji;
- wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego ułatwiającego i przyspieszającego przepływ informacji w szpitalu (zintegrowane zarządzanie lekami, sprzętem medycznym, centralizacja gospodarki materiałowej),
- wdrożenie zintegrowanego zarządzania materiałami medycznymi, medycznym sprzętem zużywalnym i lekami;
- utworzenie centrów odpowiedzialności za koszty w celu wzmocnienia nadzoru i likwidacji marnotrawstwa;
- opracowanie zasad komunikowania się kadry zarządzającej z pracownikami w celu wyjaśniania, motywowania, co umożliwi zmniejszenie stresu i niepokojów społecznych związanych z niepewną sytuacją ekonomiczną podmiotu;
- przestrzeganie precyzyjnej realizacji kontraktów z płatnikami w celu wyeliminowania ewentualnych sankcji finansowych, włącznie z zerwaniem kontraktów; szczególna uwaga powinna zostać skupiona na tzw. świadczeniach ponadlimitowych;
- restrukturyzacja nieruchomości (np. gdy szpital prowadzi działalność w kilku różnych budynkach/pomieszczeniach oddalonych od siebie lub infra-

struktura nie jest wykorzystana ze względu na zły stan techniczny) w celu wyeliminowania zbędnej powierzchni użytkowej oraz zbędnego transportu, w celu racjonalizacji kosztów utrzymania i kosztów amortyzacji;

- wprowadzenie outsourcingu.

Podsumowanie

Efektywne funkcjonowanie podmiotów leczniczych uzależnione jest nie tylko od przebiegu wewnętrznych procesów zarządczych, ale także od elastycznego dostosowania ich działalności do zmieniającego się otoczenia. Pojawianie się nowych technologii medycznych, zmieniające się narażenia zdrowotne dotąd niewystępujące lub występujące w ograniczonym zakresie, zmiany demograficzne i epidemiologiczne w połączeniu z czynnikami systemowymi wymuszają restrukturyzację, w której szczególnie przydatne może się okazać zastosowanie „szczupłego zarządzania”. Podstawowymi kierunkami doskonalenia funkcjonowania podmiotów leczniczych powinno być zatem:

- skrócenie czasu dostępu do świadczeń zdrowotnych poprzez zaprojektowanie sprawnego z punktu widzenia bezpośrednich usługobiorców przebiegu realizacji czynności poprzedzających wykonywanie świadczeń zdrowotnych; wiąże się to z płynnym przekazywaniem informacji np. o dostępnych miejscach w oddziałach szpitalnych;
- maksymalne ukierunkowanie na oczekiwania pacjentów, przy czym w wypadku finansowania świadczeń ze środków publicznych – nastawienie na realizację zobowiązań wobec płatników publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia, ministerstwa, samorządy lokalne), które związane są z realizacją zasad zawieranych kontraktów (kompleksowość i ciągłość opieki, trafność diagnoz, niezawodność stosowania metod diagnostycznych, terapeutycznych i profilaktyki, zapewnienie deklarowanych warunków kadrowo-sprzętowo-infrastrukturalnych, utrzymanie założonego poziomu kosztów i wyniku finansowego);
- zapewnienie dobrej komunikacji między pacjentami a podmiotem leczniczym w zakresie przekazywania informacji na każdym etapie postępowania medycznego z pacjentem;
- prowadzenie stałej analizy stanowisk pracy, działalności poszczególnych części organizacyjnych podmiotu leczniczego w celu formułowania bieżących zaleceń dla pracowników przy założeniu równego traktowania pracowników medycznych i pośrednio zaangażowanych w wykonywanie świadczeń medycznych;
- troska o właściwe przygotowanie technologiczne, co pozwala uniknąć zniechęcenia pracowników i pacjentów oraz wzrostu kosztów i strat, które wy-

- nikają np. ze złych jakościowo wyników badań diagnostycznych wymagających powtórzenia, przestojów, odwołań wykonania świadczeń itp.;
- zwiększenie jakości realizowanych zadań, co sprzyja wzmocnieniu relacji między szpitalami a odbiorcami ich produktów (pacjentami, płatnikami, innymi podmiotami leczniczymi) [Sobczak, Rydlewska–Liszkowska 2012, ss. 599–606].

Nawet precyzyjne wyznaczenie kierunków restrukturyzacji podmiotów leczniczych może nie ustrzec kadry zarządzającej przed niepoprawnym ich wdrożeniem. Do głównych zagrożeń związanych z wypaczeniem istoty Lean najczęściej zalicza się: utożsamianie koncepcji Lean z ekonomiczną lub finansową racjonalizacją gospodarki podmiotu leczniczego, obniżenie płynności finansowej, obniżenie jakości świadczeń i omijanie przepisów prawnych nakładających określone obowiązki na podmioty kontraktujące świadczenia z płatnikami, zwiększenie poziomu stresu pracowników i spadek motywacji do pracy, racjonalizacja zatrudnienia poprzez proste jego ograniczanie, zaniedbywanie problemów pracowników o niższych kwalifikacjach [Robbins 2006]. Według prof. Zimniewicza [Zimniewicz 1999, s. 63] powstaje konieczność ugruntowania koncepcji Lean jako sposobu myślenia.

Bibliografia

- Bernatek A., *Opłacalna inwestycja w Lean Healthcare*, http://www.leancenter.pl/bazawiedzy/artukul/article_id/101 (dostęp: 24.07.2013).
- Brännmark M., Halvarsson A., Lindskog P., *Implementing Lean in Swedish Municipalities and Hospitals*, <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:460019/FULLTEXT01>(dostęp: 24.07.2013)
- Cholewicka-Goździk K. (2001), *Metoda LEAN – doskonalenie procesów i produktów*, „Problemy Jakości” nr 1, s. 21.
- Czerska J. (2002), *Więcej niż odchudzanie, czyli istota koncepcji zarządzania Lean*, „Personel”.
- Der-Shin Ke Overwork (2012), *Stroke, and Karoshi-death from Overwork*, „Acta Neurol Taiwan”, 21:54–59.
- Encyklopedia Zarządzania, http://mfiles.pl/pl/index.php/Lean_management (dostęp: 24.07.2013).
- Fijałkowska B., *Efektywność a restrukturyzacja SPZOZ*, http://zif.wzr.pl/pim/2012_1_1_22.pdf (dostęp: 27.07.2013).
- Glossmann J.P., Schliebusch O., Diehl V., Walshe R., *Lean management in hospitals: potentials and limitations*, Med Klin, Munich, 2000;95(8):470-3.

- Graban M. (2011), *Lean hospitals - doskonalenie szpitali. Poprawa jakości, bezpieczeństwo pacjentów i satysfakcja personelu*, ProdPublishing, Wrocław, s. 2.
- Greco A., Cascavilla L., Paris F., Addante F., Miscio L., De Vincentis G., Di Bisceglie D., Crupi D., *The nephro-geriatric unit in a lean-oriented in-hospital model of care*, J Nephrol, 2012;25 Suppl 19:16–19.
- Inoue K., Matsumoto M. (2000), *Karo jisatsu (suicide from overwork): a spreading occupational threat*, „Occup Environ Med.”, 57(4):284–285.
- Iwasaki K., Takahashi M., Nakata A. (2006), *Health problems due to long working hours in Japan: working hours, workers' compensation (Karoshi), and preventive measures*, „Ind Health”, 44(4):537–540.
- Jimmerson C., Weber D., Sobek D.K., *Reducing Waste and Errors: Piloting Lean Principles at IHC*, „Joint Commission Journal on Quality and Safety”, 6/28/04, s.1–22.
- Jones D.T., Womack J.P. (2001), *Odchudzanie firm*, CIM, Warszawa.
- Kawanishi Y. (2008), *On Karo-Jisatsu (Suicide by Overwork): Why Do Japanese Workers Work Themselves to Death?*, „Follow International Journal of Mental Health”, 37 (1), s. 61–74
- Kubis N. (2005), *Narzędzia lean management*, „Zagadnienia Techniczno-Ekonomiczne”, 50(2-3): 291–303.
- Lichtarski J. (1997), *Podstawy nauki o przedsiębiorstwie*, WAE, Wrocław, s.224.
- Mazzocato P., Holden R.J., Brommels M., Aronsson H., Bäckman U., Elg M., Thor J., *How does lean work in emergency care? A case study of a lean-inspired intervention at the Astrid Lindgren Children's hospital*, Stockholm, Sweden BMC Health Services Research 2012, 12:28 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/28>.
- Niedziółka M., Piasek A. (2009), *Kaizen Costing nowoczesną metodą zarządzania kosztami*, „Zeszyty Naukowe Akademii Podlaskiej w Siedlcach”, Seria: Administracja i Zarządzanie, 81, s. 79–87.
- Nogalski B., Walentynowicz P. (2004), *Nowoczesne koncepcje zarządzania w przedsiębiorstwach produkcyjnych regionu pomorskiego - próba oceny*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Administracji i Biznesu E. Kwiatkowskiego w Gdyni”, 7, s. 14–32.
- Nielsen A.P., *Improving Healthcare through Lean Management: Experiences from the Danish healthcare system*, <https://conference.cbs.dk/index.php/nohr/health/paper/view/982> (dostęp: 28.07.2013).
- Robbins A. (2006), *Lean Management i outsourcing. Droga do sukcesu to podjęcie zmasowanych, zdeterminowanych działań*, „Zarządzanie zmianami. Biuletyn POU”.

Sobczak A., Rydlewska–Liszkowska I. (2012), *Zarządzanie podmiotami służby medycyny pracy – koncepcja i zastosowanie „lean management”*, „Medycyna Pracy”, 63(5), s. 599–606.

de Souza L.B. (2009), *Trends and Approaches in Lean Healthcare*, „Leadership in Health Services”, 22 (2), s. 121–139.

Uchiyama S., Kurasawa T., Sekizawa T., Nakatsuka H.J. (2005), *Job strain and risk of cardiovascular events in treated hypertensive Japanese workers: hypertension follow-up group study*, „Occup Health”, 47(2), s. 102-111.

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 Nr 112, poz. 654.

Villeneuve C. (2011), *Fujitsu’s Lean Soution Group – Lean Healthcare In Canada*, „Fujitsu Sci Tech”, 47(1), s. 41–48.

Weathers C., North S., *Overtime Activists Take on Corporate Titans: Toyota, McDonald’s and Japan’s Work Hour Controversy*, „Pacific Affairs” 2009/2010, 82(4), s. 615–636.

Zimniewicz K. (1999), *Współczesne koncepcje i metody zarządzania*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, s. 63.

Bogdan Nogalski
Uniwersytet Gdański

Jarosław Waśniewski
Uniwersytet Gdański

Małgorzata Wojnarowska
Gdański Uniwersytet Medyczny

Podejście procesowe w zarządzaniu jakością jako narzędzie restrukturyzacji szpitala

The process approach to quality management as a tool for restructuring hospital

Abstract: The article focused on describing the work undertaken implementing ISO quality management system in a teaching hospital. We have made a theoretical introduction relating to the process approach and the ISO system in organization management. We describe the process of implementation works primarily emphasizing the merits associated with the use of the ISO to improve the functioning of the organization.

Key-words: process approach, quality management, hospital, restructuring, ISO

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest powiązanie prac dotyczących ISO z pracami realizowanymi na potrzeby restrukturyzacji organizacyjno-kadrowej szpitala klinicznego za pomocą podejścia procesowego. Spojrzenie takie łączące te dwa obszary może przyczynić się do efektywniejszego wykorzystania zasobów przede wszystkim dużych podmiotów leczniczych. Zaprezentowany materiał stanowi fragment poglądowy pierwszego etapu prac dotyczących procesu

akredytacji systemu ISO i jego rozciągnięcia na całą organizację. W dużej organizacji, jaką jest szpital kliniczny, stanowi to bardzo ważny, a nawet newralgiczny element mający wpływ na sprawność jego funkcjonowania zarówno w sferze medycznej, jak i okołomedycznej. Dysfunkcje, a nawet patologie organizacyjne występujące w szpitalu przekładają się w rezultacie przede wszystkim na jego wynik finansowy, ale również – co jest nie mniej ważne – jego wizerunek.¹

Zarządzanie procesami

Proces jest to ciąg sekwencyjnie wykonywanych działań, których efektem jest dostarczony klientowi (zewnętrznemu lub wewnętrznemu) produkt lub usługa o określonym i akceptowanym przez niego poziomie wartości. Każde kolejne działanie wykonywane w procesie wnosi do produktu bądź usługi coś nowego, tzw. wartość dodaną [Szerzej patrz: Rummler, Brache 2000, s. 75; Grajewski, 2007, ss. 55, 62; Skrzypek, Hofman 2010, s. 11.]. Z kolei zarządzanie procesami może być zdefiniowane jako „planowanie, organizowanie oraz kontrolowanie systemu procesów. To również motywowanie osób zaangażowanych w realizację poszczególnych procesów podejmowane w celu zapewnienia skuteczności i efektywności działania przedsiębiorstwa” [Skrzypek, Hofman 2010, s. 29]. Pamiętać należy, że nie wszystkie realizowane w organizacji procesy są równie ważne z punktu widzenia tworzenia wartości dla klienta oraz ich wpływu na realizację strategii firmy. Dlatego też w ramach systemu procesów przedsiębiorstwa możemy wyróżnić różne grupy procesów (patrz tabela 1).

¹ Z podobnymi problemami borykają się również najbogatsze państwa. Przykładową analizę problemów oraz sposobów ich rozwiązania znaleźć można m.in. w: *Hospitals Demonstrate Commitment to Quality Improvement*, (October 2012), American Hospital Association, Washington, www.aha.org/research/reports/tw/12oct-tw-quality.pdf

Tab. 1. Rodzaje procesów

Rodzaj procesów	Charakterystyka
Procesy podstawowe	<ul style="list-style-type: none"> • w ich efekcie powstaje produkt (wyrób, usługa, informacja) bezpośrednio związany z podstawowym rodzajem działania danej organizacji, • przekształcają wymagania klienta w produkty bądź usługi, które te wymagania zaspokajają, a więc generują dla klienta wartość dodaną, • są tą grupą procesów, która będzie wykazywała największy potencjał w zakresie usprawnień
Procesy pomocnicze	<ul style="list-style-type: none"> • są realizowane w celu zapewnienia sprawnego funkcjonowania oraz wsparcia dla procesów podstawowych i stanowią rodzaj usługi świadczonej na rzecz procesu podstawowego, • wartość dodaną dla klienta zewnętrznego tworzą jedynie w sposób pośredni poprzez umożliwienie jej generowania przez procesy podstawowe, • mają bezpośredni wpływ na tworzenie wartości dodanej dla klienta wewnętrznego, czyli realizatorów procesów podstawowych oraz innych procesów pomocniczych,
Procesy zarządzania	<ul style="list-style-type: none"> • mają strategiczny wpływ na sposób generowania wartości dodanej, • odgrywają rolę regulacyjną w stosunku do procesów podstawowych oraz pomocniczych. • w praktyce procesy zarządzania nie są jeszcze identyfikowane, mapowane oraz usprawniane w sposób tak kompleksowy, jak procesy z grupy procesów podstawowych czy pomocniczych.

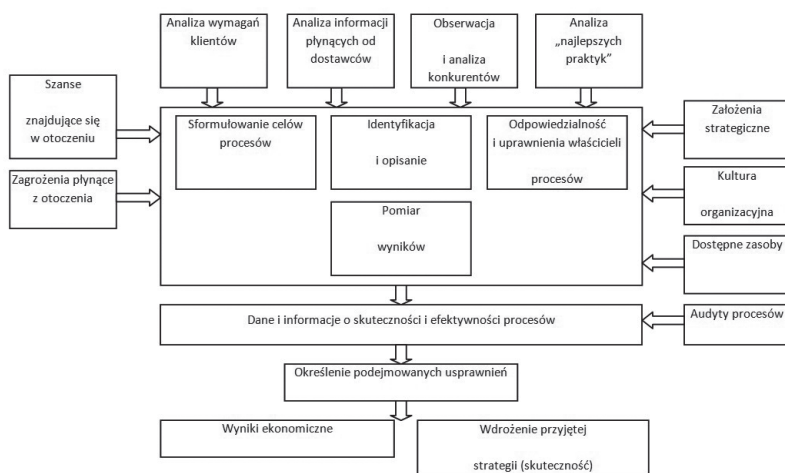
Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Grajewski 2007, ss. 65–66; Skrzypek, Hofman 2010, ss. 67–74; Grajewski 2012, ss. 34–35.

J. Nenadál i D. Vykydal wymieniają cechy podejścia procesowego, które należy uwzględnić, wdrażając tę koncepcję w praktyce [Nenadál, Vykydal 2009]:

- każdy proces powinien być zidentyfikowany i opisany w procedurze,
- każdy proces powinien mieć swojego klienta i uwzględniać tworzenie wartości dodanej,
- każdy proces powinien mieć swojego właściciela,
- dla każdego procesu należy ustalić wskaźniki pomiaru i wartości związane z tymi wskaźnikami,
- kluczowym wskaźnikiem powinna być satysfakcja klienta (wewnętrznego i zewnętrznego),
- procesy nietworzące wartości dodanej są eliminowane,
- doskonaleniu procesów powinien służyć benchmarking,
- wiedza pracowników musi być stale doskonalona i uaktualniana,
- odpowiedzialność, ale również uprawnienia decyzyjne muszą być jednoznacznie określone,
- procesy muszą być ustawicznie doskonalone.

E. Skrzypek i M. Hofman przedstawiają uproszczony model koncepcji podejścia procesowego [Skrzypek, Hofman 2010, ss. 58–65]. Autorzy zwracają uwagę, że na przyjęte w organizacji rozwiązanie powinno mieć wpływ wiele czynników zarówno o charakterze wewnętrznym, jak i zewnętrznym. Pojawiające się w otoczeniu szanse i zagrożenia, zmiany oczekiwań i wymagań klientów, zmiany zachodzące w sposobie działania dostawców, najlepsze praktyki liderów rynkowych oraz działania podejmowane przez konkurentów muszą zostać uwzględnione w trakcie projektowania i usprawniania systemu procesów organizacji. Dodatkowo, oczywiście, rozwiązanie to nie może powstawać w oderwaniu od przyjętej strategii, wyznawanych w organizacji wartości, kultury organizacyjnej, zasobów na wejściu każdego procesu oraz informacji i wniosków płynących z audytów realizowanych już procesów. Informacje otrzymane w wyniku analizy powyższych czynników służą w pierwszej kolejności opracowaniu celów procesów, a następnie identyfikacji i opisaniu realizowanych procesów, określeniu roli właścicieli procesów oraz zaprojektowaniu miar poszczególnych procesów. Stałe monitorowanie poziomu efektywności i skuteczności procesów pozwala z kolei na ciągłe ich doskonalenie, a przez to również ciągłe doskonalenie całej organizacji, prowadząc w efekcie do realizacji założonej strategii oraz poprawy wyników ekonomicznych (patrz rysunek 1).

Rys. 1. Model zarządzania procesami



Źródło: Skrzypek, Hofman 2010, s. 59.

Wdrożenie podejścia procesowego w organizacji przynosi jej szereg korzyści. Do najważniejszych należą [Bitkowska i in. 2011, ss. 18–19]:

- możliwość przełożenia ogólnych – strategicznych celów organizacji na cele dla poszczególnych procesów,
- ukierunkowanie organizacji na potrzeby i zadowolenie klienta poprzez system mierników procesów i ich monitorowanie,
- większy stopień nadzoru nad zasobami wykorzystywanymi w organizacji, tak aby przynosiły one wartość dodaną w całym łańcuchu wartości,
- możliwość wykorzystania informacji otrzymywanych z systemu zarządzania procesowego do podejmowania decyzji operacyjnych i strategicznych,
- wykorzystanie informacji zwrotnych z monitorowania procesów do doskonalenia procesów i tym samym doskonalenia poszczególnych elementów systemu zarządzania i poprawy wyników.

Podejście procesowe w zarządzaniu jakością

Jakość w literaturze przedmiotu definiowana jest z uwzględnieniem różnych punktów widzenia [Szerzej patrz: Rummler, Brache 2000, s. 75; Grajewski 2007, ss. 55, 62; Skrzypek, Hofman 2010, s. 11.]. W znaczeniu praktycznym jakość oznacza stopień spełnienia stawianych wymagań [Kolman 1992, s. 35]. W znaczeniu marketingowym jakość to zespół cech użytkowych i emocjonalnych, które decydują o stopniu, w jakim produkt zaspokaja potrzeby odbiorców [Wiśniewski 1993, s. 20]. Tak więc poziom jakości danego produktu lub usługi oznacza stopień, w jakim zaspokajają one oczekiwania klienta.

Początkowo podejmowane w organizacjach działania związane z kontrolą jakości miały służyć wykrywaniu błędów i braków w wytwarzanych produktach. Szybko jednak okazało się to działaniem nieefektywnym i zaczęto poszukiwać sposobu na zapobieganie powstawaniu wad. Stopniowo zaczęły się pojawiać normy określające wymagania stawiane poszczególnym wyrobom, określające warunki produkcji, dotyczące wykorzystywanych materiałów i wreszcie – przebiegu całego procesu, którego efektem miał być dany produkt. W 1947 r. powstała Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna ISO (*International Organization for Standardization*)¹, która do dnia dzisiejszego opublikowała ponad 19 500 norm dotyczących poszczególnych aspektów działania różnego typu organizacji.

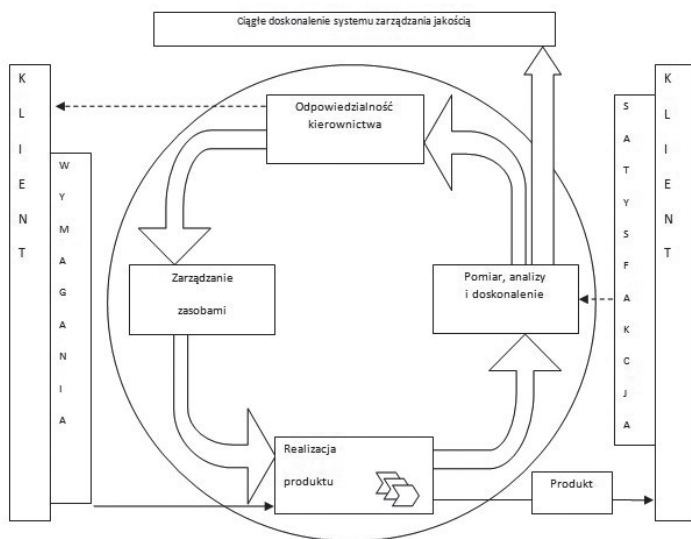
Współcześnie w zarządzaniu jakością duży nacisk kładzie się na wykorzystanie podejścia procesowego, które wymienione jest w normie ISO 9000 jako jedna z 8 podstawowych zasad². „Pożądaný wynik osiąga się z większą efektywnością wówczas, gdy działania i związane z nimi zasoby są zarządzane jako

¹ Więcej informacji na temat organizacji można znaleźć na www.iso.org.

² Zasady te to: orientacja na klienta, przywództwo, zaangażowanie ludzi, podejście procesowe, podejście systemowe do zarządzania, ciągłe doskonalenie, podejmowanie decyzji na podstawie faktów, wzajemne korzystne powiązania z dostawcami [EN ISO 9000:2006].

proces” [PN-EN ISO 9000:2006 pkt.0.2d.]. Wykorzystanie podejścia procesowego w normie ISO 9001:2000 przedstawia rysunek 2.

Rys. 2. Podejście procesowe w normie ISO 9001:2000



Źródło: System Zarządzania Jakością – Wymagania PN-EN ISO 9001:2000, s. 15.

Podejście procesowe w zarządzaniu jakością w szpitalu – analiza przypadku¹

Historia szpitala rozpoczyna się w drugiej połowie XV w., kiedy to został uruchomiony pierwszy szpital zakaźny w mieście. Od tego momentu szpital był kilkakrotnie przenoszony i stopniowo rozbudowywany. W chwili obecnej szpital ma w swoich strukturach 35 klinik wysokospecjalistycznych, zatrudnia prawie 3 tys. osób, dysponuje ponad tysiącem łóżek stacjonarnych.

Zgodnie ze statutem szpitala jego głównym celem jest realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia. Także w Księdze Jakości sformułowane zostały cele, które stawia sobie szpital:

- świadczenie usług zgodnych z najnowszymi osiągnięciami medycyny,
- ciągłe doskonalenie efektywności procesu leczenia, w tym diagnostyki,
- ciągłe doskonalenie efektywności procesu pielęgnowania,

¹ Ta część artykułu opracowana została na podstawie wywiadów oraz analizy wewnętrznych materiałów szpitala, w tym Statutu i Księgi Jakości.

-
- udział w programach badawczych,
 - optymalizacja kosztów wykonywanych świadczeń medycznych,
 - prowadzenie monitoringu sprawności sprzętu medycznego, gwarantującego wiarygodność badań,
 - stworzenie przyjaznej atmosfery i optymalnych warunków, w jakich świadczona jest usługa,
 - systematyczne monitorowanie zadowolenia pacjenta z wykonywanych przez szpital usług,
 - podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu,
 - ocena poziomu zadowolenia pracownika,
 - budowanie jak najlepszych relacji między pracownikami,
 - właściwy dobór dostawców usług i materiałów medycznych oraz innych niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych,
 - zaangażowanie pracowników na rzecz wdrożenia systemów zarządzania jakością.

Prace nad stworzeniem dokumentacji Systemu Zarządzania Jakością rozpoczęto od przeprowadzenia oceny dotychczas funkcjonującego systemu organizacji pracy i świadczeń zdrowotnych oferowanych przez szpital. W efekcie zidentyfikowano procesy główne, pomocnicze oraz procesy zarządzania (patrz rysunek 3):

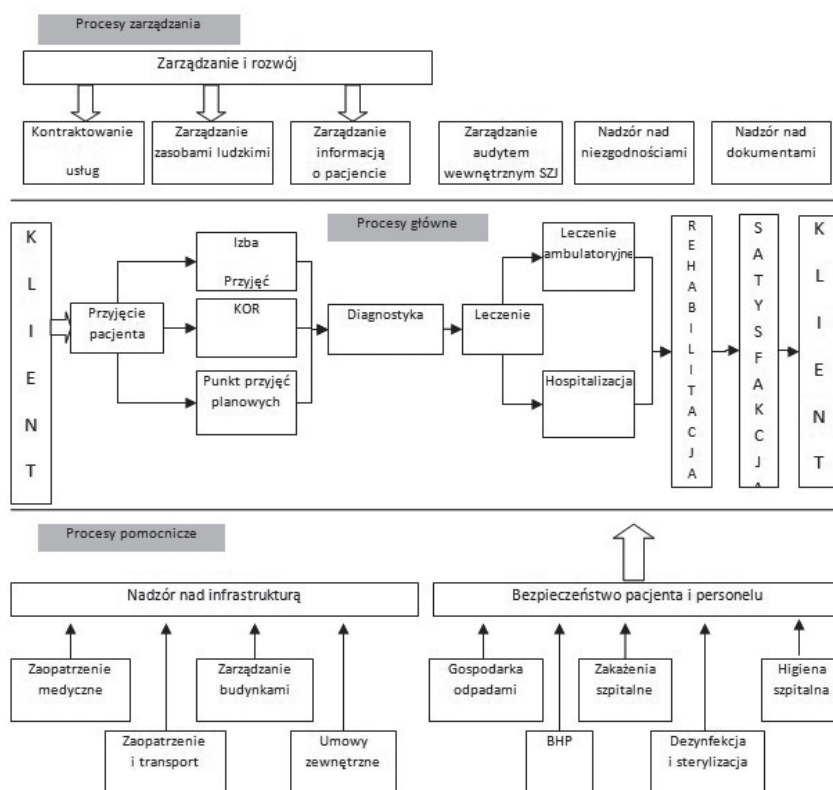
1. Procesy główne stanowiące jeden megaproces:

- przyjęcie pacjenta,
- diagnostyka,
- leczenie ambulatoryjne,
- hospitalizacja (leczenie szpitalne),
- rehabilitacja.

2. Procesy pomocnicze:

- zaopatrzenie medyczne,
- zaopatrzenie i transport,
- zarządzanie budynkami,
- umowy zewnętrzne,
- gospodarka odpadami,
- BHP,
- dezynfekcja i sterylizacja,

- zakażenia szpitalne,
 - higiena szpitalna.
3. Procesy zarządzania
- kontraktowanie usług,
 - zarządzanie zasobami ludzkimi,
 - zarządzanie informacją o pacjencie,
 - zarządzanie audytem wewnętrznym SZJ,
 - nadzór nad niezgodnościami, działaniami korygującymi i zapobiegawczymi,
 - nadzór nad dokumentami, przepisami prawnymi i zapisami.

Rys. 3. Mapa procesów szpitala

Źródło: Materiały wewnętrzne szpitala.

W trakcie dalszych prac dla każdego zidentyfikowanego procesu przygotowane zostały informacje dotyczące:

- zasobów na wejściu oraz na wyjściu procesu,
- mierników i narzędzi monitorowania wraz z częstotliwością pomiaru procesu,
- właściciela procesu.

Informacje dotyczące wybranych procesów zawiera tabela 2.

Tab. 2. Charakterystyka wybranych procesów

Proces	Wejście	Miernik	Częstotliwość pomiaru	Właściciel procesu	Wyjście
Kontraktowanie i rozliczenie usług	Konkursy na świadczenie usług medycznych, techniczne możliwości szpitala, kwalifikacje personelu, dane statystyczne z lat poprzednich	Wskaźnik zmian wartości zakontraktowanych usług	1 raz w roku	Dyrektor Naczelny / Kierownik Działu Sprzedaży i Rozliczeń Usług Medycznych	Umowy na świadczenie usług medycznych
Zarządzanie informacjami o pacjencie	Pacjent, personel medyczny	Liczba niezgodności dotyczących zabezpieczenia dokumentacji medycznej pacjenta	2 razy w roku	Personel medyczny, pracownik Działu Dokumentacji Chorych i Archiwizacji, Pełnomocnik ds. SZJ	Nadzorowana dokumentacja medyczna pacjenta
Przyjęcie pacjenta	Pacjent, personel Izby Przyjęć, Punktu Przyjęć Planowych, Klinicznego Oddziału Ratunkowego	Liczba niezgodności dotyczących dokumentacji medycznej w Izbie Przyjęć, Punkcie Przyjęć Planowych, Klinicznym Oddziale Ratunkowym, analiza reklamacji, długość oczekiwania na przyjęcie	1 raz w roku	Pełnomocnik ds. SZJ, lekarz, pielęgniarka, pracownik Działu Dokumentacji Chorych i Archiwizacji, Izby Przyjęć, Punktu Przyjęć Planowych, Klinicznego Oddziału Ratunkowego	Dokumentacja medyczna pacjenta

Diagnostyka	Pacjent, pracownicy pracowni diagnostycznych: obrazowej, diagnostyki laboratoryjnej, aparatura medyczna	Czas wykonania zlecenia	1 razy w roku	Kierownicy zakładów, pracowni diagnostyki obrazowej, diagnostyki laboratoryjnej, Pełnomocnik ds. SZJ	Wyniki badań, opis badań diagnostycznych, diagnoza
Leczenie szpitalne	Pacjenci, personel medyczny, wyniki badań, aparatura medyczna, wiedza personelu medycznego	Analiza ankiet satysfakcji pacjenta, liczba niezgodności dotyczących dokumentacji medycznej w poszczególnych klinikach	2 razy w roku	Pełnomocnik ds. SZJ, Lekarz Naczelny, ordynatorzy	Pacjent po terapii, historia choroby, wypis
Leczenie ambulatoryjne	Pacjenci, personel medyczny, wyniki badań, aparatura medyczna, wiedza personelu medycznego	Analiza ankiet satysfakcji pacjenta, liczba niezgodności dotyczących dokumentacji medycznej w poradniach	2 razy w roku	Pełnomocnik ds. SZJ, Lekarz Naczelny, ordynatorzy	Pacjent po terapii, historia choroby

Źródło: Materiały wewnętrzne szpitala

W chwili obecnej trwają dalsze prace nad przygotowaniem poszczególnych procesów. W tym celu powołane zostały zespoły projektowe odpowiedzialne za opracowanie map aktualnych procesów, przeprowadzenie ich analizy, zidentyfikowanie dysfunkcji oraz przeprojektowanie procesów. Skala problemu oraz wyzwania otoczenia wymagają wykorzystania zdobyczy informatyki. Opisuje to m.in. Stacinni [Staccini, Joubert, Quaranta, Fieschi 2003, s. 200]. Zespoły projektowe, analizując procesy, starają się dokonać przede wszystkim ich identyfikacji, a następnie modyfikacji przebiegu na potrzeby uzyskania akredytacji systemu zapewnienia jakości. To jest ich cel nadrzędny.

Jednakże zespoły te powinny pójść krok dalej i dokonać pełnej analizy struktury na bazie przeprowadzonej analizy procesowej, a następnie proponować usprawnienia procesów pracy, struktury organizacyjnej i pozostałych dokumentów wewnętrznych szpitala, a przede wszystkim Regulaminu Organizacyjnego.

Wnioski z wykorzystania podejścia procesowego na potrzeby ISO do restrukturyzacji szpitala

Podejmowane działania odnośnie do uzyskania pełnego zakresu akredytacji, jeśli chodzi o jakość według metodologii ISO, gwarantują poprawność prowadzonych prac. Jednakże pamiętać należy, że system zarządzania jakością nie może być tylko nakładką procesową na strukturę organizacyjną, w szczególności źle funkcjonującą. W sytuacji, kiedy wiadomo, że szpital ma kłopoty w sferze głównie ekonomicznej, obligatoryjnie należy przyjrzeć się rozwiązaniom organizacyjnym i systemom zarządzania.

Zatem w wyniku przeprowadzonej wewnętrznej diagnozy sytuacji obecnej należy skonfrontować ją z celami szpitala na tle uwarunkowań zewnętrznych. Doprowadzi to do modyfikacji istniejącej strategii rozwoju szpitala. Kolejnym etapem powinna być modyfikacja obecnej struktury organizacyjnej. Analizie winny zostać poddane obecnie realizowane zadania w kontekście zadań zidentyfikowanych w analizie procesowej. Na tej podstawie modyfikacji ulegnie struktura organizacyjna szpitala. Proces formalizacji zmodyfikowanej struktury organizacyjnej (najprawdopodobniej pionów funkcjonalnych) powinien uwzględniać relacje przyczynowo-skutkowe w realizacji wystandaryzowanych zadań szpitala, głównie w obszarze administracji. Rezultatem tych prac powinny być dokumenty formalne opisujące strukturę i przebieg procesów pracy w sposób dynamiczny, uwzględniający procesowy charakter zadań.

W takim ujęciu prace wdrożeniowe dotyczące ISO stanowić mogą, a nawet powinny wycinek prac związanych z restrukturyzacją systemów zarządzania i organizacji procesów pracy realizowanych w szpitalu. Przy założeniu, że proces analizy i projekt przebiegu procesów zostanie przeprowadzony rzetelnie i w odpowiedzi na potrzeby szpitala wynikające z jego strategii, wykorzystanie tej wiedzy powinno skutkować zmianą konfiguracji struktury organizacyjno-kadrowej w szpitalu. Powinno to również skutkować poprawieniem identyfikacji kosztów i, co za tym idzie, możliwych miejsc oraz poziomów ich powstawania.

Zakończenie

W niniejszym artykule prezentujemy fragment podejmowanych w szpitalu klinicznym działań mogących stanowić punkt wyjścia do usprawnienia jego

działania. Wykorzystanie systemu zarządzania jakością ISO w obszarze zastosowania analizy procesowej do przyszłego usprawnienia zarządzania organizacją powinno skutkować zmniejszeniem kosztów projektowych w procesie jej restrukturyzacji. Opisane działania odnoszą się częściowo do metodyki prac oraz zidentyfikowanych procesów i ich charakterystyki. Zwróciliśmy uwagę na niezbędne elementy analizy procesowej wykorzystanej na potrzeby wdrożenia systemu ISO, jak również zarysowaliśmy metodykę wykorzystania podejścia procesowego wynikającego z prac nad ISO do usprawnienia struktury organizacyjnej szpitala.

Bibliografia

Bitkowska A., Kolterman K., Wójcik G., Wójcik K. (2011), *Zarządzanie procesami w przedsiębiorstwie*, Diffin, Warszawa.

Grajewski P. (2007), *Organizacja procesowa*, PWE, Warszawa.

Grajewski P. (2012), *Procesowe zarządzanie organizacją*, PWE, Warszawa.

Hospitals Demonstrate Commitment to Quality Improvement, (2012), American Hospital Association, Washington.

Kolman R. (1992), *Inżynieria jakości*, Warszawa.

Nenadál J., Vykydal D. (2009), *Jak wdrożyć podejście procesowe w systemie zarządzania jakością*, „Współczesne zarządzanie” nr 3, www.wzkwartalnik.uj.edu.pl.

PN-EN ISO 9000:2006

PN-EN ISO 9000, *System zarządzania jakością – Podstawy i terminologia*, PKN, Warszawa

Rummler G., Brache A. (2000), *Podnoszenie efektywności organizacji*, PWE, Warszawa.

Skrzypek E., Hofman M. (2010), *Zarządzanie procesami w przedsiębiorstwie. Identyfikowanie, pomiar, usprawnianie*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa.

Staccini P, Joubert M, Quaranta JF, Fieschi M. (2003), Mapping care processes within a hospital: a web-based proposal merging enterprise modelling and ISO normative principles,

Technology & Informatics (95), The New Navigators: From Professionals to Patients, IOS Press, USA.

Strumiłło J. (2010), Ewolucja systemów zarządzania jakością, [w:] *Koncepcje zarządzania*, Czerska M., Szpitter A.A. (red.), C.H.Beck, Warszawa.

Wiśniewski A. (1993), *Słownik marketingu*, Warszawa.

www.iso.org

Magdalena Wysocka

Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania
im. Prof. T. Kotarbińskiego

Ryszard Walkowiak

Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania
im. Prof. T. Kotarbińskiego

Elastyczne formy pracy w organizacjach ochrony zdrowia

Flexible work forms in the health care organizations

Abstract: Ongoing research, although a few, reveal low effectiveness of performance in the health care organizations. One of the low effectiveness improvement methods could be the introduction of flexible work forms. In this context the research goal was determination of practice in the range of the outstanding work forms. Detailed results of the study indicate the “cost effective” practices in the range of flexibility in employment, work time organization as well as remuneration.

Key words: the health care organizations, flexible work forms

Wprowadzenie

Wszystkie organizacje dążą do uzyskania silnej pozycji na rynku, na którym działają. Tak też zachowują się zakłady ochrony zdrowia, które w coraz większym stopniu przyjmują reguły gry konkurencyjnej. Budować silną pozycję rynkową można na różne sposoby, na przykład poprzez lepsze wykorzystywanie posiadanych zasobów, utrzymywanie pozycji monopolistycznej, zdobywanie informacji, koncesji i zezwoleń na prowadzenie działalności czy też ciągłą obniżkę kosztów działania. Ten ostatni sposób wywołuje współcześnie wiele kontrowersji za sprawą obniżania kosztów pracy poprzez stosowanie atypowych form pracy. Chęć poznania rozmiaru praktykowania takich zachowań w zakładach ochrony zdrowia była główną inspiracją do podjęcia badań.

Korzystanie z elastycznych form pracy nasila się w ostatnich latach także w Polsce. Stan ten wynika z przyjmowania przez organizacje nowych koncepcji podejść do kierowania ludźmi, a to z kolei wywołuje zawirowania na rynku pracy. Zawirowania te zauważa się w odniesieniu do pracowników, do samej organizacji, która realizuje konkretną strategię zarządzania zasobami ludzkimi, oraz w płaszczyźnie całych społeczności (państwa). Zasygnalizowane zakłócenia były przyczynkiem do zrodzenia się koncepcji *flexicurity*. Termin pochodzi od słów *flexibility* (elastyczność) oraz *security* (bezpieczeństwo), co oznacza łatwiejsze zatrudnianie, ale też zwalnianie pracowników przez pracobiorców, choć dodaje się, że zwalnianym pracownikom należy zapewnić wysokie zabezpieczenia socjalne. W praktyce elastyczność pracy przejawia się w trzech formach: elastyczności zatrudnienia, elastyczności czasu pracy oraz elastyczności wynagradzania pracowników.

W ostatnich latach na polskim rynku wydawniczym ukazało się wiele opracowań nie tylko teoretycznych, lecz także ukazujących praktyki w zakresie atypowych form pracy [m.in. Bąk 2008; Kryńska 2009; Wiśniewski, Zawadzki 2010; Horodeński, Sadowska–Snarska 2011]. Jednocześnie zauważa się niedostatek publikacji zawierających wyniki badań przeprowadzonych w zakładach ochrony zdrowia. Treści zawarte w tym artykule są skromnym uzupełnieniem omawianej problematyki.

Założenia badawcze

Celem badań była identyfikacja praktyk w zakresie elastycznych form pracy. Przedmiotem badań były dane zawarte w sprawozdawczości kadrowej oraz opinii specjalistów prowadzących sprawy personalne, a podmiotami – pracownicy oraz zakłady ochrony zdrowia działające na terenie województwa warmińsko-mazurskiego.

Problemy badawcze zawarto w poniższych pytaniach zasadniczych:

- Jakie elastyczne formy pracy są stosowane w badanych podmiotach?
- Jaka jest struktura zatrudnionych ogółem oraz w elastycznych formach pracy?
- Czy praktykuje się zatrudnianie na stałe osób zatrudnionych wcześniej na czas określony?
- Jakie zmiany należałoby wprowadzić, aby zwiększyć praktykowanie elastycznych form pracy?

W świetle celu badań i problemów badawczych sformułowano następującą hipotezę: elastyczne formy pracy są powszechną praktyką w zakładach ochrony zdrowia, a najpopularniejszą formą tej elastyczności jest samozaatrudnienie.

Wykonując badania, stosowano metodę sondażu diagnostycznego. Technikami badawczymi były badania dokumentacji źródłowej oraz badania ankietowe, natomiast narzędziami – sprawozdania kadrowe oraz autorski kwestionariusz ankiety. Kwestionariusz ten wypełniały osoby zatrudnione w działach personalnych. Zawierał on 21 pytań o charakterze zamkniętym. Treści zawarte w tych pytaniach dotyczyły głównie statystyki personalnej z lat 2005–2011. Jak się okazało, udzielanie odpowiedzi nastręczało wielu trudności wynikających z niemożliwości odtworzenia stanów z lat poprzednich.

Badania przeprowadzono w 17 zakładach ochrony zdrowia, z czego 11 to organizacje duże (zatrudniające 250 i więcej pracowników), 4 – organizacje średnie (zatrudniające od 50 do 249 pracowników) oraz 2 organizacje małe (zatrudniające od 10 do 49 pracowników). Wszystkie wymienione organizacje świadczą usługi ochrony zdrowia, a większość z nich (82,4%) działa na warmińsko-mazurskim rynku powyżej 20 lat. Wszystkie też miały status organizacji publicznych, a dla 6 z nich organem założycielskim była jednostka samorządowa.

Wyniki badań

W okresie objętym badaniami (lata 2005–2011) w 12 z 17 diagnozowanych zakładów ochrony zdrowia przeprowadzono reorganizację struktur. W wyniku tych działań, jak również z powodu coraz szerszego zakresu zadań, zwiększano zatrudnienie. Łącznie w analizowanym okresie zatrudnienie wzrosło o 2 107 osób. Stan zatrudnienia i strukturę według rodzaju umowy o pracę i wymiaru czasu pracy w badanych organizacjach przedstawiono w tabeli 1.

Tab. 1. Stan i struktura zatrudnienia

Wyszczególnienie	Stan zatrudnienia		
	Ogółem*	Na czas określony	Niepełny wymiar czasu pracy
2005	3742	413	135
2006	4345	449	172
2007	5503	507	211
2008	5539	578	223
2009	5673	643	204
2010	5738	662	227
2011	5849	624	231

*stan na koniec roku w przeliczeniu na pełne etaty

Źródło: badania własne.

Dane zamieszczone w tabeli ukazują zmiany w zatrudnieniu ogółem, na czas określony oraz w niepełnym wymiarze czasu pracy. Wymienione wskaźniki zatrudnienia zmieniały się każdego roku i była to tendencja rosnąca. Porównując stany z lat 2005 i 2011, w wymienionych wskaźnikach odnotowano wzrosty zatrudnienia odpowiednio o 64%, 66,2% oraz 58,4%. Są to więc zmiany istotne, aczkolwiek w poszczególnych latach niewiele zmieniał się procentowy udział stanu zatrudnienia na czas określony do zatrudnienia ogółem. I tak w tej formie w 2005 r. pracowało 11,0% osób, a w 2011 roku – 10,7% ogółu zatrudnionych. Podobnie rzecz się miała z zatrudnieniem w niepełnym wymiarze czasu pracy. W 2005 r. zatrudnieni w ten sposób stanowili zaledwie 3,6%, a w 2011 – blisko 4,0% wszystkich zatrudnionych.

W diagnozowanych organizacjach zatrudniane są osoby na stanowiska specjalistyczne (głównie lekarze, ale także średni personel medyczny), administracyjne oraz robotnicze. Formy zatrudnienia i czasu pracy w wymienionych grupach pracowniczych zestawiono w tabeli 2.

Tab. 2. Struktura pracowników wg wybranych form zatrudnienia i czasu pracy

Wyszczególnienie	Liczba pracowników						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
umowy cywilnoprawne (praca na podstawie umowy-zlecenia i o dzieło)	287	324	284	292	327	295	389
praca terminowa	44	46	67	81	83	83	68
zatrudnienie tymczasowe (leasing pracowniczy)	37	45	57	60	67	72	74
praca na zastępstwo	5	3	10	14	8	10	18
praca na wezwanie	10	10	10	18	10	10	7
podział stanowiska pracy	1	3	3	3	4	5	5
samozatrudnienie	69	70	72	204	220	233	236
zadaniowy czas pracy	2	2	2	2	–	–	2
skrócony tydzień pracy	20	19	18	17	10	12	18
indywidualny rozkład czasu pracy	11	11	22	25	30	31	31
ogółem	486	533	545	717	759	751	848
zatrudnienie na stałe po roku pracy	18	25	20	16	24	42	43

Źródło: badania własne.

W tabeli 2 ukazano tylko te formy zatrudnienia i czasu pracy, które wskazały osoby prowadzące problematykę personalną w danej organizacji (z wyłączeniem podawanego w tabeli 1 zatrudnienia w niepełnym wymiarze czasu pracy). W pytaniu kwestionariuszowym była możliwość wskazania wielu innych form, takich jak na przykład zatrudnienia dorywczego, pracy na wezwanie, kontraktowania pracy, pracy weekendowej itp., jednakże nie wykazano w nich zatrudnienia. Wielkości zamieszczone w tabeli wskazują na rosnącą dynamikę liczby osób zatrudnionych w atypowych formach. W badanym okresie (2005–2011) zatrudnienie to wzrosło o 57,3%. W liczbach bezwzględnych najbardziej zmieniło się zatrudnienie w formie samozatrudnienia (zatrudnieni w tej formie w 2005 r. stanowili 1,8%, a w roku 2011 już 4,0% ogółu zatrudnionych). Z każdym rokiem wzrastała też liczba osób, które otrzymały zatrudnienie na stałe po roku pracy w omawianych formach. Praktyka ta jest bardzo pozytywna, aczkolwiek ilościowo marginalna, a tym samym nie wpływa istotnie na sytuację na rynku pracy.

Większość diagnozowanych organizacji (14 na 17 badanych) współpracuje z urzędami pracy w celu uczestniczenia w programach przeciwdziałania bezrobociu. Możliwe są trzy formy: przygotowanie zawodowe w miejscu pracy, dotacje na utworzenie stanowisk pracy oraz organizowanie staży pracy. W dwóch pierwszych formach nie wskazano liczby zatrudnionych, praktykowano natomiast organizowanie staży pracy (tabela 3). Osoby odbywające staże pracowały na stanowiskach administracyjnych (12 wskazań), specjalistycznych (9 wskazań) oraz robotniczych (6 wskazań).

Tab. 3. Formy przeciwdziałania bezrobociu

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
przygotowanie zawodowe w miejscu pracy (liczba osób)	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
staże (liczba osób)	26	34	76	72	128	225	216
dotacje na utworzenie stanowisk pracy (liczba nowych stanowisk)	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
efektywność zatrudnieniowa*	7	10	12	14	21	17	9

b.d. – brak danych

* – liczba osób zatrudnionych po zakończeniu programu przeciwdziałania bezrobociu

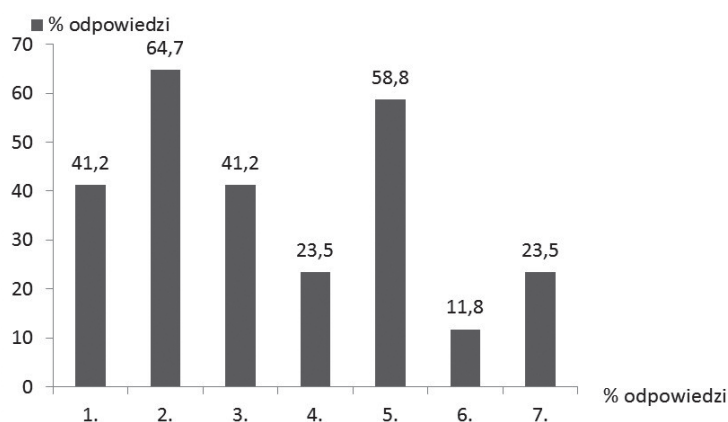
Źródło: badania własne.

Uczestnictwo w programach przeciwdziałania bezrobociu jest zjawiskiem bardzo pozytywnym. Z jednej strony uczestnicy tych programów mają możliwość zawodowego przystosowania się i poznają pracę. Z drugiej strony mają szansę na zatrudnienie po odbyciu stażu pracy. Wielkości zamieszczone w tabeli 3 świadczą jednak o niskiej efektywności zatrudnieniowej. Oznacza to, że spośród 777 uczestników programów w latach 2005–2011 tylko z 90 (11,6%) podpisano umowy o pracę.

Osoby prowadzące sprawy personalne w badanych zakładach ochrony zdrowia odnosiły się także do kwestii monitorowaniu podaży i popytu na rynku pracy. Około 40% respondentów stwierdziło, iż „nie mają takiej potrzeby”. Podobny procent ankietowanych odpowiedziało, iż okazjonalnie monitorują rynek pracy. Zaledwie dwie osoby spośród 17 udzielających wywiadu stwierdziły, że systematycznie obserwują popyt i podaż na rynku pracy.

Tych samych respondentów poproszono o określenie stopnia rygorystyczności ochrony zatrudnienia w regulacjach prawnych w Polsce. Ankietowani dysponowali skalą od 1 (najniższa ochrona) do 6 (ochrona najwyższa). Sześć osób (35,9% ogółu ankietowanych) przypisała ocenę 4. Cztery osoby wskazały poziom 3, a po dwie wystawiły oceny 2 i 5. Ocenę najwyższą wskazały trzy osoby. Respondenci sugerowali także zmiany, jakie należałoby wprowadzić w ustawodawstwie w celu zwiększenia stosowania atypowych form pracy (rysunek 1). Proszono ich o wskazanie usprawnień z następującej listy propozycji:

1. zmiany w kodeksie pracy w zakresie zbyt sztywnych regulacji dotyczących zwalniania pracowników;
2. zmiany w kodeksie pracy w zakresie zbyt sztywnych regulacji dotyczących rozliczenia czasu pracy;
3. finansowanie szkoleń (przekwalifikowanie) pracowników środkami uzyskanymi z ulg podatkowych;
4. tworzenie nowych i rozwój dotychczasowych form opieki nad dziećmi i innymi osobami wymagającymi pomocy;
5. stworzenie prawnych regulacji nakierowanych na równe traktowanie pracowników niezależnie od formy ich zatrudnienia;
6. tworzenie aktywnych sieci instytucji otoczenia biznesu;
7. monitorowanie efektywności działań instytucji rynku pracy.

Rys. 1. Sugestie zmian dotyczących elastyczności pracy

Źródło: badania własne.

Większość respondentów (64,7%) stwierdziła, że szerszemu praktykowaniu elastycznych form pracy sprzyjałaby zmiana przepisów dotyczących rozliczaniu czasu pracy (badania zakończono w grudniu 2012 r., a omawianą regulację wprowadzono z początkiem bieżącego roku). Podobnie wysoki odsetek specjalistów personalnych (58,8%) wskazał na konieczność modyfikacji prawa w zakresie traktowania różnych kategorii pracowników. Twierdzili oni, że istniejące regulacje prawne powodują różne traktowanie (w sensie praw pracowniczych) osób zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy i na czas nieokreślony oraz zatrudnionych w atypowych formach. Zdaniem respondentów istotne są także (po 41,2% wskazań) zmiany prawne w zakresie zwalniania pracowników oraz finansowania szkoleń na przekwalifikowania zawodowe pracowników. Blisko co piąty ankietowany wskazał, iż dla zwiększenia stosowania atypowych form pracy konieczne jest także tworzenie nowych i rozwój już istniejących form opieki nad małymi dziećmi.

W zakończeniu pytań kwestionariuszowych poproszono specjalistów personalnych w badanych zakładach ochrony zdrowia o dokonanie obliczeń wartości dwóch podstawowych wskaźników efektywnościowych funkcji personalnej, takich jak produktywność zasobów ludzkich oraz zwrot z inwestycji w kapitał ludzki. Pomimo dołączenia do kwestionariusza załącznika zawierającego formuły obliczeniowe wymienionych wskaźników tylko cztery podmioty spełniły tę prośbę. Odnotowane rezultaty przedstawiono w tabeli 4.

Tab. 4. Wybrane wskaźniki efektywności zasobów ludzkich

Wyszczególnienie	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
produktywność zasobów ludzkich (w tys. zł na pracownika)	52,93	61,11	68,75	70,91	74,06	72,76	80,35
	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	82,31	93,02
	42,29	43,74	53,38	80,52	84,77	84,86	91,46
	38,83	40,91	46,73	50,56	49,35	54,11	56,51
zwrot z inwestycji w kapitał ludzki	0,87	1,00	1,24	0,93	1,10	1,03	0,94
	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	0,83	0,98
	0,96	0,97	1,03	0,98	0,84	0,85	0,97
	0,95	0,91	0,90	0,93	0,91	0,97	0,96

Źródło: badania własne.

Wskaźnik produktywności zasobów ludzkich (iloraz przychodów do liczby pracowników w przeliczeniu na pełne etaty) jest traktowany jako podstawowa miara produktywności pracy. Wielkości zamieszczone w tabeli wskazują na wzrastającą z roku na rok produktywność kapitału ludzkiego w badanych zakładach ochrony zdrowia. Inaczej mówiąc, wydajność pracowników ochrony zdrowia jest z każdym rokiem coraz większa. Natomiast wskaźnik zwrotu z inwestycji w kapitał ludzki jest miernikiem rentowności zasobów ludzkich zatrudnionych w danej organizacji. Obliczany jest jako stosunek przychodów pomniejszonych o koszty operacyjne i całkowite koszty pracy do całkowitych kosztów pracy. Rezultaty podane w tabeli informują o oscylowaniu wartości tego wskaźnika na poziomie zbliżonym do 1,0. Za mało satysfakcjonujące przyjmuje się wartości poniżej jedności, a jeżeli wskaźnik ten przyjmuje wartości ujemne, to stan ten oznacza, że zatrudnieni pracownicy nie są rentowni.

Zakończenie

Zebrany w badaniach materiał empiryczny tylko częściowo potwierdził poprawność postawionej hipotezy. Badania wykazały, że z roku na rok wzrastała liczba zatrudnionych w atypowych formach. Jednocześnie okazało się, iż obok samozatrudnienia wzrosło także zatrudnienie na podstawie umowy-zlecenia i umowy o dzieło. Ponadto z przeprowadzonych badań i uzyskanych rezultatów wynika, że:

1. w podmiotach ochrony zdrowia zatrudnia się pracowników przede wszystkim na czas nieokreślony i w pełnym wymiarze czasu pracy;
2. stan wymieniony w punkcie pierwszym jest korzystny i bardziej przyjazny dla pracobiorców, bowiem stwarza większe bezpieczeństwo zatrudnienia;

3. wydajność pracowników ochrony zdrowia jest z każdym rokiem coraz większa;
4. zakłady ochrony zdrowia z Warmii i Mazur uczestniczą w programach przeciwdziałania bezrobociu. Głównymi formami tego uczestnictwa są staże pracy, ale efektywność zatrudnieniowa nie jest zadowalająca, bowiem tylko nieliczni uczestnicy tych programów otrzymali zatrudnienie.

Do prezentowanych w artykule treści należy podchodzić z pewną ostrożnością, co wynika z niereprezentatywności próby w odniesieniu do badanych podmiotów ochrony zdrowia (prezentowane rezultaty są wycinkiem – komunikatem z szerokich badań obejmujących reprezentatywną próbę różnie klasyfikowanych organizacji Warmii i Mazur).

Bibliografia

- Bąk E. (2008), *Nietypowe formy zatrudnienia na rynku pracy*, Wyd. C.H. Beck, Warszawa.
- Horodeński R.Cz., Sadowska–Snarska C. (red.) (2011), *Integracja społeczna przez pracę – aspekty makroekonomiczne i regionalne*, Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Białymstoku – Instytut Pracy i Spraw Socjalnych w Warszawie, Warszawa.
- Kryńska E. (red.) (2009), *Flexicurity w Polsce. Diagnoza i rekomendacje*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej – Departament Rynku Pracy, Warszawa.
- Wiśniewski Z., Zawadzki K. (red.) (2010), *Aktywna polityka rynku pracy w Polsce w kontekście europejskim*, Wojewódzki Urząd Pracy – Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń.

Zofia Wyszowska

Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy

Anna Michalska

Uniwersytet Technologiczno-Przyrodniczy w Bydgoszczy

Zarządzanie zasobami pracy w szpitalu dziecięcym

Human resources management in children hospital

Abstract: In these research there is estimation of human resources management in children hospital. There are 360 people employed. For the research there were used data connected with the employed, form and mission of hospital and the questionnaire. There are six hospital children wards, personnel and finances ward. The last one is divided into finance and personnel part. Nurses were the main area of the research. 95 people of them filled in the questionnaire (it is 78,5 per cent of nurses and 26,4 per cent of the all amount of the employed in hospital). Nurses were represented by all the medical wards, Diagnostic Workshop and sick room. The research showed that the procedures of recruitment are realized in practice. Doctors and nurses there employed are estimated. People know correctly the rules of estimation. The main role for nurses is improving in their job. 80 people that filled in the questionnaire (it is 84,2 per cent) have finished a few courses. The systematical courses and trainings are important for the mentioned group. These trainings are financed by different sources of income.

Key words: management, hospital, human resources, nurses, estimation of the employed, training, recruitment

Wprowadzenie

Idea zarządzania zasobami ludzkimi ma swój początek w drugiej połowie XIX w. Był to czas rozwoju koncepcji „personalnego dobrobytu”. Ten okres nazywany jest też etapem rozwoju „opieki społecznej” – zatrudnionym często zapewniać takie świadczenia jak: zapomogi mieszkaniowe, zasiłki dla

bezrobotnych, zasiłki chorobowe. Do czasu II wojny światowej ta koncepcja rozwijała się i przejawiała rozszerzaniem zakresu świadczeń; wprowadzono dopłaty do wycieczek, stołówek, żłobków dla dzieci [McKeen, Beech 1997, s. 2].

W latach 30. XX w. wzbogacono funkcje personalne o szkolenia i rekrutację i wprowadzono nazwę „administrowanie kadrami” [Zajac 2007, ss. 13–14]. W latach 40. i 50. XX w. zakres działań poszerzono o szkolenia i problematykę związaną z kształtowaniem relacji i postaw pomiędzy pracodawcami i pracownikami. W latach 60. i 70. jeszcze bardziej rozszerzono zakres szkoleń pracowników, opracowano założenia i procedury związane z metodami i technikami doboru pracowników, zaczęto rozbudowywać przepisy prawa pracy oraz opracowywać zasady i regulaminy wynagrodzeń [Stalewski 1995, s. 12].

W latach 80. rozpoczął się proces integrowania zarządzania zasobami ludzkimi z wyznaczaną i realizowaną w przedsiębiorstwach strategią, co spowodowało wzrost znaczenia systemów motywacyjnych i ocen pracowników, ale wpłynęło na ograniczenie roli związków zawodowych. W tym okresie w przedsiębiorstwach rozpoczął się proces tworzenia koncepcji kultury organizacyjnej [Armstrong 2007, s. 57].

Od początku lat 90. zarządzanie zasobami ludzkimi zostało wzbogacone o wzrastające znaczenie pracy zespołowej, systematyczne dokształcanie zatrudnionych, a także poznawanie różnych kultur i zarządzanie wiedzą. Te nowe obszary funkcji zarządzania zasobami ludzkimi wniosła nam globalizacja, ciągle narastająca konkurencyjność, postęp techniczny i technologiczny, a także rozwój nauk o organizacji i zarządzaniu.

W interesujący sposób ewolucję funkcji związanych z zarządzaniem zasobami pracy w przedsiębiorstwach prezentują przyjęte nazwy modeli funkcji personalnej, w których eliminowano nieistotne już cechy, a wprowadzano nowe ważne dla kształtującej się rzeczywistości. Są one następujące:

- model tradycyjny – typ człowieka ekonomicznego,
- model współdziałania – typ człowieka społecznego,
- model behawioralny i humanistyczny – człowiek zewnętrznosterowalny i samoregulujący się,
- model zasobów ludzkich – człowiek kompleksowy,
- model kapitału ludzkiego – człowiek uczący się i dzielący wiedzą [Król, Ludwiczynski 2010, ss. 38–42].

Zarządzanie zasobami pracy to przyjęta określona koncepcja zarządzania w przedsiębiorstwie, gdzie zasoby pracy postrzega się jako najważniejszy składnik aktywów umożliwiający osiągnięcie celów organizacji i uzyskiwanie przewag konkurencyjnych [Pocztowski 1998, s. 34]. W literaturze zgodnie pod-

kreśla się, że ludzie w organizacji stanowią najcenniejszy zasób, a umiejętność integrowania celów organizacji z celami pracowników prowadzi do sukcesu o największej przewadze konkurencyjnej. Przyjęcie takiego założenia powoduje, że wykreowano trzy strategie nowoczesnego zarządzania zasobami pracy. Polegają one na:

- rozwijaniu wewnętrznego rynku pracy, gdzie ważnym aspektem jest systematycznie prowadzony proces szkoleń obejmujących wszystkich zatrudnionych,
- utwierdzaniu wśród zatrudnionych unikatowej filozofii organizacji, a jej istnienie i realizowanie celów organizacji możliwe jest poprzez silną integrację z tą filozofią i celami organizacji wszystkich zatrudnionych,
- intensywnie prowadzonej socjalizacji, gdzie tworzone są silne więzi pomiędzy pracodawcą i zatrudnionymi, co możliwe jest poprzez odpowiednie zarządzanie zasobami pracy na wszystkich poziomach struktur organizacyjnych i właściwą rekrutację [Jurkowski 1998, ss. 41–43].

Głównym celem prowadzonych badań było poznanie sposobu zarządzania zasobami pracy w szpitalu, a w artykule przedstawiono wybrane zagadnienia z tego obszaru. Z uwagi na fakt, że w strukturze wszystkich zatrudnionych w szpitalu grupa zawodowa pielęgniarek liczyła 33,7%, a na oddziałach, gdzie przebywają chorzy pacjenci, w strukturze zatrudnienia pielęgniarki stanowią 60,5% i odgrywają ważną rolę w ich obsłudze, skupiono się na opiniach właśnie tej grupy zawodowej.

Korzystano z danych uzyskanych w dziale służb pracowniczych, statutu i misji szpitala oraz kwestionariusza ankiety skierowanego do pielęgniarek. Kwestionariusze wypełniło 95 osób, co stanowiło 78,5% zatrudnionych w tej grupie zawodowej. Pielęgniarki reprezentowały wszystkie oddziały lecznicze, pracownię diagnostyczną oraz izbę przyjęć.

Charakterystyka struktury zatrudnienia w szpitalu

W szpitalu w formie umowy o pracę zatrudnia się 360 osób. Najliczniejszą grupę stanowią zatrudnieni z innym wykształceniem niż medyczne (163 osoby, 45,3%). Drugą co do wielkości grupę stanowią pielęgniarki (121 osób, 33,6%), najmniej liczną grupą są lekarze (76 osób, 21,1%). Zatrudnieni z innym wykształceniem niż medyczne to pracownicy w sposób pośredni wspomagający obsługiwanie chorych, a także działający na rzecz sprawnego funkcjonowania szpitala jako organizacji. W tej grupie znajdują się pracownicy tzw. administracyjni, rzemieślnicy, odpowiedzialni za żywienie chorych, sterylizację, deratyzację, dezynfekcję, dezynsekcję. W strukturze zatrudnionych o innym profilu wykształcenia niż medyczne, uwzględniającej płeć, kobiety liczą 136

osób (37,7%), a mężczyźni 27 osób (7,5%). W grupie lekarzy w ocenianym szpitalu zarejestrowano 65 kobiet (18,1%) i 11 mężczyzn (3,1%). Uwzględniając wszystkich zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, struktura płci jest następująca: 322 kobiety (89,4%) i 38 mężczyzn (10,6%). W strukturze płci wśród lekarzy zdecydowanie przeważają kobiety (65 kobiet – 85,5%, 11 mężczyzn – 14,5%). Zbliżona struktura w podziale według płci występuje wśród pozostałych zatrudnionych, gdzie znajduje się 136 kobiet (83,4%) i 27 mężczyzn (16,6%) [Tabela 1].

W strukturze organizacyjnej szpitala jest sześć oddziałów, w których łącznie zatrudnia się 172 osoby, co stanowi 47,8% ogółu wszystkich zatrudnionych. W tej strukturze grupa pielęgniarek liczy 28,9%, lekarzy 16,1%, a innych zatrudnionych – 2,8%. W strukturze zatrudnienia łącznie na wszystkich oddziałach najwięcej jest pielęgniarek (104 osoby, 60,5%). Grupa pracujących na oddziałach 58 lekarzy w strukturze wszystkich zatrudnionych liczy 33,7%, osoby pozostałe stanowią 5,8% (10 osób) [Tabela 2].

Tab. 1. Liczba zatrudnionych i struktura płci

Charakterystyka	Umowy o pracę						Ogółem		Razem
	Lekarze		Pielęgniarki		Inni				
	K	M	K	M	K	M	K	M	
Liczba osób zatrudnionych	65	11	121	-	136	27	322	38	360
Struktura płci ogółem zatrudnionych [%]	18,1	3,1	33,6	-	37,7	7,5	89,4	10,6	100,0
Struktura płci w grupach zatrudnionych [%]	85,5	14,5	100,0	-	83,4	16,6	-	-	-

Źródło: obliczenia na podstawie danych z działu kadr szpitala (K – kobiety, M – mężczyźni).

Tab. 2. Zatrudnienie na oddziałach szpitala

Nazwa oddziału	Liczba osób zatrudnionych						Ogółem
	Lekarze		Pielęgniarki		Inni		
	K	M	K	M	K	M	
Anestezjologii i Intensywnej Opieki Dziecięcej	4	1	21	-	-	-	26
Neurologii Dziecięcej	8	1	15	-	9	1	34
Otolaryngologii	4	6	16	-	-	-	26
Pediatrici, Endokrynologii i Diabetologii	8	-	14	-	-	-	22
Pediatrici, Pneumonologii, Alergologii, Niemowlęcy	10	-	18	-	-	-	28
Pediatrici, Reumatologii, Kardiologii, Z Pododdziałem Patologii Noworodka	15	1	20	-	-	-	36
Razem zatrudnieni na oddziałach	49	9	104	-	9	1	172
Struktura zatrudnionych w grupach zawodowych [%]	33,7		60,5		5,8		100,0
Udział wśród zatrudnionych ogółem [%]	16,1		28,9		2,8		47,8

Źródło: obliczenia na podstawie danych z działu kadr szpitala (K – kobiety, M – mężczyźni).

Lekarze (pozostałe 18 osób) poza oddziałami są zatrudnieni w takich miejscach jak: Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej i Układu Krążenia, Pracownia Densytometrii, Pracownia Neurofizjologii Klinicznej, Pracownia Ultrasonografii, Rentgen, Laboratorium.

Łącznie poza oddziałami na terenie szpitala zatrudnia się 188 osób (52,2%), w tym najwięcej osób pracuje w tzw. administracji, laboratorium i sekcji żywienia [Tab. 3].

Tab. 3. Zatrudnienie poza wydzielonymi oddziałami leczniczymi szpitala

Nazwa jednostki	Liczba osób	Nazwa Jednostki	Liczba osób
Pracownia Densytometrii	3	Administracja	46
Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej i Układu Krążenia	8	Rzemieślnicy	9
Pracownia Neurofizjologii Klinicznej	5	Samodzielny Specjalista ds. niejawnych	1
Pracownia Ultrasonografii	3	Sekcja Żywienia	26
Rentgen	11	Statystyka Medyczna	4
Punkt Pobrań	3	Zamówienia Publiczne	3
Laboratorium	29	Zarządzanie Jakością	1
Izba Przyjęć	10	Samodzielny Specjalista ds. BHP	1
Apteka	5	Stanowisko Radców Prawnych	1
Centralna Sterylizacja i Deratyzacja, Dezynfekcja, Dezynsekcja	12	Samodzielny Specjalista ds. ppoż.	1
Dział Organizacji i Nadzoru	3	Procedury Medyczne	3
Razem	92	Razem	96

Źródło: obliczenia na podstawie danych z działu kadr szpitala.

Proces rekrutacji i ocena okresowa „personelu białego”

O konieczności zatrudnienia nowego pracownika podejmuje decyzję dyrektor szpitala. W sytuacji zatrudnienia na istniejące już stanowisko profil pracownika jest określony w karcie stanowiska pracy. Są tam wymienione wymagane kompetencje, umiejętności, poziom wykształcenia, doświadczenie. Kartę stanowiska pracy opracowuje lub weryfikuje kierownik komórki organizacyjnej, który zgłasza zapotrzebowanie na przyjęcie pracownika.

Za utrzymanie bazy kandydatów do pracy odpowiedzialna jest sekcja służb pracowniczych. Do tej sekcji kandydaci składają swoje listy motywacyjne i są one kierowane do segregatora „Rekrutacja”. Dyrektor przegląda bazę kandydatów do pracy. W sytuacji braku odpowiedniego kandydata w bazie, kierownik sekcji organizacji, nadzoru i statystyki po konsultacji z dyrektorem zamawia ogłoszenie prasowe dla uzyskania aplikacji. W przypadku stanowiska kierowniczego dyrektor może zlecić wyłonienie odpowiedniego kandydata jednostce zewnętrznej zajmującej się poszukiwaniem kadr dla przedsiębiorstw. Za pierwsze spotkanie z kandydatami odpowiedzialny jest kierownik sekcji służb pracowniczych i do dyrektora kierowane są już aplikacje wyselekcjonowane. Po zapoznaniu się z wyselekcjonowanymi aplikacjami dyrektor decyduje, z którymi

kandydatami zamierza się spotkać. Kierownik służb pracowniczych organizuje spotkania kandydatów z dyrektorem, podczas których następuje weryfikacja kompetencji związanych z wykształceniem, doświadczeniem, odbytymi szkoleniami, posiadanymi uprawnieniami. Dyrektor podejmuje decyzję o zatrudnieniu lub o ponownym rozpoczęciu procedury. Jeżeli dla zatrudnienia wymagana jest procedura konkursowa, to przeprowadzenie konkursu odbywa się zgodnie z wytycznymi obowiązującymi aktualnie dla tej procedury.

Nowy kandydat na pracownika od sekcji służb pracowniczych otrzymuje do wypełnienia kwestionariusz osobowy, upoważnienie do odprowadzania zaliczek na podatek dochodowy, deklarację przystąpienia lub oświadczenie o rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, kartę obiegową i skierowanie na określone badania lekarskie. Osoby zatrudnione na stanowisku pielęgniarek lub położnych otrzymują do wypełnienia upoważnienie do odprowadzania składki na rzecz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Umowę o pracę przygotowuje pracownik służb pracowniczych i obejmuje ona trzymiesięczny okres próbny. Umowa o pracę podpisywana jest przez dyrektora. Jeszcze przed rozpoczęciem pracy pracownik służb pracowniczych zapoznaje nowo zatrudnionego z zakresem obowiązków, regulaminem i zasadami wynagrodzeń, regulaminem pracy i regulaminem organizacyjnym obowiązującym w tej komórce organizacyjnej, gdzie pracownik ma rozpocząć pracę. Po zapoznaniu się z wymienionymi zasadami obowiązującymi w miejscu pracy i wymienionymi regulaminami pracownik podpisuje dokument potwierdzający to zapoznanie się. Kolejnym etapem jest przeprowadzenie tzw. szkolenia stanowiskowego i przeprowadza je bezpośredni przełożony nowo zatrudnionego pracownika. Po zakończeniu wymienionych procedur pracownik służb pracowniczych zakłada teczkę personalną pracownika i wpisuje go do księgi pracowników.

Raz w roku przeprowadzana jest ocena okresowa „personelu białego”. Głównie polega ona na konfrontacji dwóch opinii. Jedną z nich jest samoocena pracownika, a drugą ocena bezpośredniego przełożonego. Celem oceny jest poznanie, zweryfikowanie lub wskazanie obszarów, które powinny być poprawione lub zmienione po to, by polepszyć jakość świadczonych usług i zwiększyć zadowolenie klientów, a także poprawić lub zmodyfikować warunki pracy zatrudnionego. Prawidłowo przeprowadzona ocena ujawnia obszary niedoskonałości nakreślone w konfrontacji dwóch punktów widzenia, tzn. przełożonego i podwładnego, pomaga w wyznaczaniu celów i zadań na najbliższy okres dla pracownika i jednostki organizacyjnej, pomaga w określaniu mocnych i słabych stron pracownika i szpitala oraz w planowaniu ścieżki rozwoju zawodowego zatrudnionego.

Okresowa ocena zatrudnionych odbywa się w trzech etapach. Etapem pierwszym jest samoocena pracownika. W etapie drugim przełożony zapozna-

je się z samooceną podwładnego i ustosunkowuje się do niej, wyrażając swoją opinię w odpowiednim dokumencie. W trzecim etapie odbywa się rozmowa przełożonego i podwładnego. Na tym etapie dochodzi do zweryfikowania poglądów obu stron, ustalenia ostatecznych opinii na temat jakości pracy i postawy zatrudnionego. Podczas rozmowy pracownik zapoznaje się z opinią przełożonego i zostają wyznaczone cele na kolejny rok. Pracownik, jeśli zgadza się z opinią przełożonego i wyznaczonymi celami, podpisuje stosowny dokument lub może odwołać się od tej opinii do sekcji służb pracowniczych.

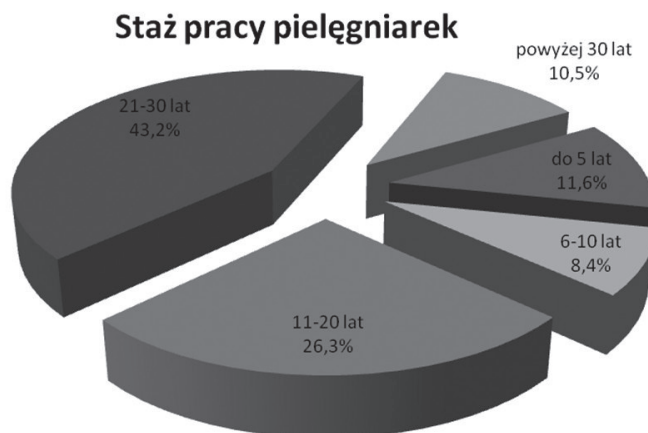
Kryteria uwzględniane w ocenie pracownika są następujące: wiedza, umiejętność organizowania pracy własnej i współpracy, inicjatywa, elastyczność, aktywność zawodowa, aktywność w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, kreatywność, innowacyjność, relacje z przełożonymi i pozostałymi pracownikami, odporność na stres i zachowanie w sytuacjach stresowych, etyka w pracy, stosunek do pacjentów, serdeczność w kontaktach z opiekunami pacjentów, umiejętność obserwacji chorego i umiejętność rozpoznawania potrzeb biologicznych i psychospołecznych chorych, umiejętność radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. W ankiecie każde z kryteriów oceniane jest w skali 1–6.

W drugiej części ankiety przełożony przedstawia ocenę dotyczącą przydatności pracownika na danym stanowisku, charakteryzuje pozytywne cechy pracownika i przedstawia te zachowania lub cechy, które powinny być wzmocnione, zmienione lub eliminowane. W tej części ankiety przełożony nakreśla plany dla pracownika na najbliższy rok, a pracownik podczas rozmowy z przełożonym podaje, jakie kursy i szkolenia byłyby konieczne dla jego rozwoju i w których z nich chciałby uczestniczyć. Pod koniec rozmowy pracownik wyraża swoją opinię, czy zgadza się z oceną przełożonego i podpisuje kwestionariusz oceny.

Zarządzanie zasobami pracy w świetle opinii pielęgniarek

W poddanym analizie szpitalu w grupie pielęgniarek, które wypełniły kwestionariusz ankiety, grupy wiekowe były następujące: 25–40 lat, 31 osób, 32,6%; 41–55 lat, 58 osób, 61,1%; 56 lat i więcej – 6 osób, 6,3%.

Najdłuższy staż pracy (ponad 30 lat) miała co dziesiąta osoba. Najwięcej zatrudnionych legitymowało się stażem pracy w przedziale 21–30 lat (41 osób, 43,2 %). Osoby najmłodsze, pracujące krócej niż 5 lat, stanowiły grupę liczącą w strukturze stażu pracy 11,6% (rysunek 1).

Rys. 1. Struktura stażu pracy wśród pielęgniarek w szpitalu

Źródło: obliczenia na podstawie danych z ankiet wypełnionych przez pielęgniarki.

Dla 59,8% ankietowanych głównym motywem wyboru pracy pielęgniarki była chęć pomagania innym, pozostałe osoby wskazywały takie motywy jak: przekonanie do zawodu przez rodzinę, znajdująca się w pobliżu zamieszkania szkoła o takim profilu kształcenia, atrakcyjny strój w miejscu pracy, niedostanie się do innej szkoły, wzrastające zapotrzebowanie na taką pracę, możliwość stałej pracy.

W pracy pielęgniarek duże znaczenie ma uczestniczenie w dokształcaniu się. Z grupy wszystkich ankietowanych 80 osób (czyli 84,2%) ukończyło kursy lub szkolenia związane z doskonaleniem wykonywanego zawodu. Większość osób ukończyła po kilka kursów i szkoleń. Największą grupę stanowią uczestnicy kursu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (30,5%). Popularne są także kursy dotyczące krwiodawstwa (21,3%) oraz odczytywania EKG (20,1%). W badanej grupie co dziesiąta osoba ukończyła kurs szczyptień oraz kurs kwalifikacyjny pielęgniarstwa pediatrycznego. Co dwudziesta osoba (5,00%) ukończyła kurs terapii bólu lub diabetologii. Kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki medycznej ukończyły 4 osoby (4,2%). Do mniej popularnych należą kursy dotyczące żywienia niemowląt oraz pielęgnowania i odżywiania dzieci (1,0%). Ukończenie kursu z organizacji i zarządzania, kursu kwalifikacyjnego dla instrumentariuszek, kursu dezynfekcji i deratyzacji wykazywały pojedyncze osoby. Najczęściej kursy są wyszukiwane przez zainteresowaną osobę (75,0%), w pozostałych sytuacjach (25,0%) są zlecane przez przełożonych. Szkolenia i kursy były finansowane: z funduszy unijnych (36,7%), ze środków włas-

nych (21,0%), ze środków pracodawcy (32,8%), ze środków Ministerstwa Zdrowia (5,0%), ze środków Izby Pielęgniarskiej (2,0%) lub Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (2,5%).

Pielęgniarki podkreślały, że nadal są zainteresowane takimi kursami i szkoleniami jak: kurs szczepień, zarządzanie w pielęgniarstwie, komunikacja personelu z pacjentem, język angielski dla pielęgniarek, komunikacja interpersonalna, psychologia wieku rozwojowego u dzieci, pielęgniarstwo rodzinne, psychologia, neonatologia, anestezjologia. Wymieniano także chęć uczestniczenia w kursach dla pielęgniarek operacyjnych, opieki pooperacyjnej nad pacjentem, diabetologii, żywienia pozajelitowego, zapobiegania odleżynom.

Średnim poziomem wykształcenia wykazało się 49,4% respondentek. W trakcie studiów licencjackich jest 4,5% zatrudnionych pielęgniarek, ukończone studia licencjackie ma 17,1% osób, ukończone magisterskie 20,5%. W trakcie studiów magisterskich jest 7,4% respondentów, a 1 osoba (1,1%) posiada stopień doktora.

Z grupy badanych pielęgniarek 83,2% (79 osób) nie ukończyło żadnej specjalizacji ani studiów podyplomowych. Wśród ankietowanych ukończone specjalizacje dotyczyły: opieki paliatywnej, pielęgniarstwa pediatrycznego, anestezjologii, intensywnej terapii, ratownictwa medycznego. Dwie osoby ukończyły studia podyplomowe, w tym obie z zarządzania.

Uwagi końcowe

W artykule uwzględniono wybrane zagadnienia z zakresu zarządzania zasobami pracy. Przedstawiono strukturę zatrudnienia, proces rekrutacji i zasady okresowej oceny. Badaniami ankietowymi objęto grupę zawodową pielęgniarek. Badania wykazały, że połowa z nich legitymuje się średnim poziomem wykształcenia, a proces prowadzonych szkoleń oceniają pozytywnie, chociaż większość z nich chciałaby uczestniczyć w dodatkowych szkoleniach.

Dla procesu rekrutacji i okresowych corocznych ocen zatrudnionych opracowano procedury, które są znane pracownikom.

Bibliografia:

- Armstrong M. (2007), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Kraków.
- Jurkowski R. (1998), *Zarządzanie personelem. Proces kadrowy i jego prawne aspekty*, Dom Wydawniczy ABC, Łódź.
- Król H., Ludwicyński A. (2010), *Zarządzanie zasobami ludzkimi, Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- McKeen E., Beech N. (1997), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Gebethner i Spółka, Warszawa.

Pocztowski A. (1998), *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie-procesy-metody*, Anykwa, Kraków.

Stalewski T. (1995), *Zarządzanie zasobami ludzkimi, zagadnienia wybrane*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław.

Zajac C. (2007), *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu, Poznań.

Małgorzata Cygańska

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Anna Rutkowska–Ziarko

Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Rafał Laszczak

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

Modelowanie kosztów zmiennych szpitala za pomocą regresji liniowej

Modeling hospital variable costs by linear regression

Abstract: The purpose of the article was to estimate the relationship among department costs of hospital and the number of patients, person-days and the average length of stay in hospital. The study showed the existence of a weak relationship between the cost of departments and set variables. The highest correlation was between the food costs and the total residence time of patients in the hospital. In the case of the other costs, coefficient of determination were so low that the constructed cost models should not be a basis for management decision-making in the hospital.

Key-words: costs, hospitals, linear regression.

Wprowadzenie

W ostatnim czasie racjonalne wykorzystanie zasobów ekonomicznych podmiotów leczniczych stanowi coraz większe wyzwanie dla kadry menedżerskiej. W związku z tym istotnie wzrasta zapotrzebowanie na wiedzę nie tylko o przekształceniach własnościowych, związanych z restrukturyzacją zakładów opieki zdrowotnej, ale również na nowe techniki zarządzania. Liczne bariery sprawnego funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, a przede wszyst-

kim warunki zawierania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia przyczyniają się do trudnej sytuacji ekonomicznej zakładów opieki zdrowotnej. Jednym ze sposobów poprawy kondycji finansowej szpitali jest bieżące monitorowanie poziomu ponoszonych przez nie kosztów. Sprzyja temu odpowiedni rachunek kosztów, rzetelnie i szczegółowo informujący o miejscu i strukturze ponoszonych nakładów na funkcjonowanie jednostki. Stanowi on system obejmujący planowanie, ewidencję, kalkulację i analizę kosztów. Może być zatem interpretowany jako ogół działań zmierzających do odzwierciedlenia procesów działalności medycznej zachodzących w jednostce poprzez ujęcie, zgrupowanie i interpretację w określonych przekrojach kosztów realizacji świadczeń zdrowotnych, mierzonych ilościowo i wartościowo, za pewien okres czasu w celu uzyskania możliwie wszechstronnych informacji potrzebnych do ustalenia wyników i kierowania podmiotem [Kulis, Kulis, Styło 1999].

Dla potrzeb rachunku kosztów zmiennych niezbędny jest podział kosztów na zmienne i stałe. Koszty zmienne zależą od wolumenu świadczonych usług. Charakter tej zmienności może być różny:

- proporcjonalny – gdy koszty rosną/spadają w takim samym przedziale jak rozmiary świadczonych usług,
- degresywny – gdy koszty zmieniają się wolniej niż skala aktywności,
- progresywny – gdy koszty reagują szybciej niż wielkość świadczonych usług.

Koszty stałe nie reagują na korekty poziomu działalności. W krótkim okresie wyróżnia się koszty stałe o charakterze:

- względny – których wysokość zmienia się po przekroczeniu pewnego progu świadczonych usług,
- bezwzględny – gdzie kwota kosztów nawet po przekroczeniu określonego poziomu aktywności pozostaje wciąż taka sama.

Podział kosztów na stałe i zmienne nie zawsze jest łatwy i jednoznaczny. Dlatego celem niniejszego artykułu jest wskazanie na możliwości podziału kosztów na zmienne i stałe, ocena tej zmienności na przykładzie dwóch wybranych oddziałów szpitalnych oraz wskazanie na możliwości wykorzystania tych informacji w zarządzaniu szpitalem.

W literaturze krajowej brak jest obszernych opracowań z zakresu analizy regresji liniowej kosztów szpitali, natomiast w literaturze obcojęzycznej opracowania takie występują, ale w kontekście rachunku kosztów jednorodnych grup pacjentów. Opierają się one zatem na znacznie bardziej szczegółowej klasyfikacji kosztów, dlatego nie można ich porównywać z polskimi wynikami badań [Lave, Lave, 1970].

Metody wyodrębniania kosztów zmiennych i stałych

W literaturze przedmiotu można wyróżnić kilka metod:

- księgową,
- inżynierijską,
- wykresów korelacyjnych,
- odchyleń krańcowych,
- najmniejszych kwadratów,
- regresji liniowej.

Metoda księgowa jest najczęściej wykorzystywana w podziale kosztów na stałe i zmienne, a to ze względu na mały zakres sformalizowania działań analitycznych. Jest ona wyrazem zastosowania podejścia od szczegółu do ogółu. Ideą tej metody jest odrębne rozpatrywanie szczegółowych pozycji kosztów, ujętych w ewidencji księgowej, oraz analiza ich treści ekonomicznej i poszukiwanie merytorycznego związku tych kategorii z wielkością produkcji. Bazuje ona przede wszystkim na wiedzy księgowego lub specjalisty z zakresu kosztów. Zaletą tej metody jest oparcie jej wyników na przesłankach merytorycznych, natomiast istotną wadą pozostaje subiektywizm ocen badacza. Warunkiem poprawności klasyfikacji kosztów na stałe i zmienne na podstawie metody księgowej jest bardzo szczegółowe wyodrębnienie pozycji kosztów działalności jednostki, co umożliwia rozpoznanie mechanizmów ich kształtowania się i związków z wielkością produkcji czy stopniem wykorzystania zdolności produkcyjnych. Podobna w swej istocie jest metoda studiów technologicznych, polegająca na pomiarze zużycia czynników produkcji na podstawie analizy techniki, technologii i organizacji procesów produkcji realizowanych w jednostce gospodarczej. Przedmiotem obserwacji w tej metodzie są normy zużycia czynników produkcji oraz czas pracy maszyn i urządzeń, wydajność pracy, itp. Za zaletę tej metody można przyjąć fakt, iż nie bazuje ona na danych historycznych, płynących z ewidencji księgowej, a na rzeczywistych procesach, które zużywają zasoby ekonomiczne. Analizę inżynierijską kosztów przeprowadzają zwykle technicy i pracownicy pionów produkcyjnych. Jest to metoda pracochłonna, a co za tym idzie – rzadko wykorzystywana.

Następną metodą służącą do podziału kosztów na stałe i zmienne jest metoda wykresów korelacyjnych. Opiera się ona na szczegółowej analizie składników kosztów całkowitych. Jest wyrazem zastosowania podejścia formalno-statystycznego do podziału kosztów, często wspomagając metodę księgową. Elementem wyjściowym są tu obserwacje o kształtowaniu się poszczególnych kategorii kosztowych (dane ewidencyjne), w kolejnych miesiącach danego przedziału czasowego poddanego badaniu. Dla każdej wyodrębnionej grupy

kosztów konstruuje się wykresy korelacyjne, na których zaznaczone są rozrzuty punktów empirycznych odpowiadające wynikom obserwacji wielkości produkcji i kształtowania się poziomu obserwowanych kosztów. Metoda ta umożliwia wyodrębnienie kosztów stałych i zmiennych oraz ustalenie charakteru ich zmienności.

Kolejną z metod jest metoda odchyłeń krańcowych (najwyższego i najniższego punktu). Ma ona charakter formalno-statystyczny i bazuje na informacjach kosztowych płynących z systemu ewidencyjnego – w zakresie wielkości kosztów całkowitych i rozmiarów produkcji w kolejnych miesiącach analizowanego okresu. Jej istotą jest wyznaczenie wartości zmiennego kosztu jednostkowego na podstawie analizy krańcowych odchyłeń kosztów całkowitych i wielkości produkcji. Zaletą pozostaje łatwość dokonania podziału kosztów całkowitych na stałe i zmienne, natomiast wadą – oparcie procesu analizy na wielkościach skrajnych, ustalone tylko dla dwóch obserwacji. Mogą to być wartości nietypowe lub nieoddające prawidłowości zachodzących między kosztami a wielkością produkcji w badanej jednostce gospodarczej. Metody najmniejszych kwadratów oraz regresji liniowej wykorzystują równanie regresji kosztów całkowitych w powiązaniu z wielkością produkcji. Obie metody opierają się na założeniu, iż w krótkim okresie czasu zależność między kosztem całkowitym a wielkością produkcji przyjmuje charakter liniowy. W pierwszej ze wspomnianych metod koszt jednostkowy zmienny szacuje się na podstawie założenia metodyki najmniejszych kwadratów. W drugiej poszukiwanymi danymi jest koszt jednostkowy zmienny i koszty stałe. Wartości te należy oszacować na podstawie danych ewidencyjnych dotyczących kosztów całkowitych i wielkości produkcji.

Metodyka badań

Analizę korelacji kosztów z liczbą osobodni, liczbą pacjentów i przeciętnym czasem pobytu przeprowadzono na podstawie danych uzyskanych z dwóch oddziałów szpitalnych o charakterze zabiegowym: chirurgii ogólnej oraz okulistyki.

Zgromadzone dane o wartości poszczególnych kosztów rodzajowych oraz rozmiarach działalności mierzonej liczbą pacjentów i liczbą osobodni dotyczyły lat 2007–2010 w układzie miesięcznym. Biorąc pod uwagę liczbę osobodni i liczbę pacjentów wyznaczono i uwzględniono w analizie przeciętny czas pobytu pacjenta (w dniach) na danym oddziale.

Dane zostały wprowadzone i pogrupowane w arkuszu kalkulacyjnym EXCEL 97, a następnie opracowane statystycznie za pomocą programu Statistica PL.

W celu określenia korelacji poszczególnych kosztów z liczbą osobodni, liczbą pacjentów oraz przeciętnym czasem pobytu zweryfikowano hipotezy mówiące o braku zależności o charakterze liniowym wymienionych zmiennych z poszczególnymi kosztami rodzajowymi. Weryfikację hipotez przeprowadzono na podstawie współczynnika korelacji liniowej Pearsona, a jego istotność zbadano za pomocą statystyki t-Studenta.

Do zbadania łącznego wpływu liczby osobodni, liczby pacjentów i przeciętnego czasu pobytu na poszczególne koszty rodzajowe wykorzystano model regresji liniowej. W celu zbadania stopnia dopasowania modelu do danych empirycznych posłużono się współczynnikiem determinacji. Informuje on, jaki procent zmiennej objaśnianej jest przez czynniki zawarte w równaniu regresji. Im wartość współczynnika jest wyższa, tym lepsze jest dopasowanie modelu do danych empirycznych.

Wyniki badań

Na podstawie miesięcznych obserwacji z lat 2007–2010 wyznaczono współczynniki korelacji liniowej Pearsona pomiędzy liczbą pacjentów na oddziale, liczbą osobodni oraz przeciętną liczbą pacjentów z poszczególnymi kosztami w ujęciu rodzajowym. Istnienie związku korelacyjnego zbadano dla trzech wybranych poziomów istotności: $\alpha=0,05$; $\alpha=0,1$; $\alpha=0,01$.

Wyniki przedstawia tabela 1.

Tab. 1. Współczynniki korelacji liniowej Pearsona pomiędzy kosztami rodzajowymi a liczbą pacjentów, osobodni oraz przeciętnym czasem pobytu pacjentów na oddziale okulistyki i chirurgii

Koszty rodzajowe	Chirurgia			Okulistyka		
	liczba pacjentów	liczba osobodni	przeciętny czas pobytu	liczba pacjentów	liczba osobodni	przeciętny czas pobytu
Leki	0,364 ^{bc}	0,393 ^{bc}	0,014	0,129	0,084	-0,022
Materiały medyczne	0,256 ^c	0,229	-0,033	0,515 ^{abc}	0,312 ^{bc}	-0,250 ^c
Bielizna i pościel	0,091	0,380 ^{abc}	0,334 ^{bc}	0,248 ^c	-0,021	-0,306 ^{bc}
Artykuły żywnościowe	0,450 ^{abc}	0,712 ^{abc}	0,268 ^c	0,488 ^{abc}	0,805 ^{abc}	0,318 ^{bc}
Gaz	-0,017	0,017	0,032	0,355 ^{bc}	0,136	-0,265 ^c
Paliwo	0,037	0,064	0,020	0,151	-0,016	-0,199
Środki czystości	-0,005	0,052	0,084	0,521 ^{abc}	0,195	-0,374 ^{abc}
Materiały biurowe i druki	0,100	0,182	0,108	0,579 ^{abc}	0,224	-0,377 ^{abc}
Energia elektryczna	0,250 ^c	-0,044	-0,354 ^{bc}	0,349 ^{bc}	-0,002	-0,403 ^{abc}
CO i ciepła woda	0,137	-0,096	-0,260	-0,315 ^{bc}	-0,221	0,114
Zimna woda i ścieki	0,292 ^{bc}	0,245 ^c	-0,050	0,103	0,007	-0,093
Usługi remontowe	-0,111	0,002	0,128	0,183	0,010	-0,215
Naprawa i konserwacja sprzętu	-0,057	0,085	0,180	0,004	0,209	0,237
Transport	-0,047	0,126	0,184	-0,189	-0,212	-0,045
Poczta i telefony	-0,107	-0,011	0,120	0,502 ^{abc}	0,461 ^{abc}	-0,024
Pranie	0,335 ^{bc}	0,167	-0,215	-0,136	0,052	0,220
Wywóz nieczystości	0,285 ^{bc}	0,076	-0,262 ^c	-0,070	-0,008	0,069
Zakup procedur medycznych	-0,065	-0,120	-0,082	0,059	0,221	0,137
Kontrakty medyczne spółki	-0,224	-0,040	0,225	-0,279 ^c	0,025	0,370 ^{abc}

Kontrakty medyczne indywidualne	0,050	0,034	-0,027	-0,064	0,173	0,267 ^c
Wynagrodzenia ze stosunek pracy	0,132	0,011	-0,144	-0,359 ^{bc}	-0,059	0,325 ^{bc}
Koszty całkowite	0,254 ^c	0,227	-0,043	0,018	0,202	0,190

Źródło: Obliczenia własne w Statistical10.

a, b, c – współczynnik korelacji jest istotny na poziomie odpowiednio: $\alpha=0,05$; $\alpha=0,1$; $\alpha=0,01$.

Przeprowadzona analiza wykazała, iż stopień zależności liniowej kosztów rodzajowych względem liczby pacjentów, osobodni czy też przeciętnego czasu pobytu pacjenta w szpitalu jest na niskim lub średnim poziomie. Najsilniejsza korelacja występuje pomiędzy kosztami żywienia pacjentów a łącznym czasem pobytu pacjentów na oddziale. Współczynnik korelacji na oddziale chirurgicznym i okulistycznym wyniósł odpowiedni 0,71 oraz 0,81. Niższą, ale również istotną statystycznie zależność odnotowano pomiędzy liczbą pacjentów a kosztami zużytych materiałów medycznych, środków czystości, wykorzystanych materiałów biurowych oraz kosztem usług telekomunikacyjnych i pocztowych. Współczynnik korelacji oscylował tu w granicach 0,5.

Uzyskane wyniki wskazują, iż korelacja pomiędzy poszczególnymi rodzajami kosztów a badanymi zmiennymi nie jest jednakowa na dwóch rozpatrywanych oddziałach. Przykładem są tu koszty leków, które wykazują korelację z liczbą pacjentów i osobodni (współczynnik korelacji istotny na poziomie 0,05) na oddziale chirurgicznym, nie ma natomiast takiej zależności na oddziale okulistycznym. Ten konkretny przypadek wskazuje zatem, iż zmienność kosztów w różnych jednostkach organizacyjnych szpitala nie jest jednolita. Ponadto zaobserwowano, iż niektóre koszty nie są powiązane z żadną z rozpatrywanych zmiennych. Należą do nich koszty paliwa, usług remontowych, transportowych oraz procedur medycznych świadczonych przez podmioty zewnętrzne.

Obok analizy zależności kosztów rodzajowych z badanymi zmiennymi przeprowadzono również analizę zależności kosztów całkowitych rozpatrywanych oddziałów z liczbą pacjentów, osobodni oraz przeciętnym czasem pobytu w szpitalu. Na uwagę zasługuje również fakt, iż praktycznie nie odnotowano tu istotnego statystycznie związku. Uzyskane wyniki nie potwierdzają zatem badań przeprowadzonych przez H. Stańdo–Górowską (2011) czy J. Kujawskiego (2006), gdzie stopień zależności kosztów szpitali od wolumenu działalności był na znacznie wyższym poziomie. W wypadku badań przeprowadzonych przez

Kujawskiego wynika to zapewne z faktu, iż w badaniu rozpatrywano koszty ośrodka dializ, a nie koszty typowego oddziału. W wypadku wyników badań uzyskanych przez Stańdo–Górowską może to wynikać z faktu, iż przedmiotem badań były koszty operacyjne całego szpitala bez szczegółowej oceny zmienności kosztów na poszczególnych oddziałach.

Dla kosztów istotnie skorelowanych z potencjalnymi zmiennymi objaśniającymi zbudowano liniowe równania regresji dla dwóch rozpatrywanych oddziałów. Zbadano wpływ trzech rozpatrywanych zmiennych objaśniających na dany koszt (γ), w tym celu oszacowano parametry następującego równania regresji: $\gamma = \lambda_0 + \lambda_1 x_1 + \lambda_2 x_2 + \lambda_3 x_3 + \varepsilon$,

gdzie:

x_1 – liczba pacjentów,

x_2 – liczba osobodni,

x_3 – przeciętny czas pobytu.

Po wyeliminowaniu zmiennych statystycznie nieistotnych w tabeli 2 i 3 przedstawiono parametry równań regresji kosztów rodzajowych dla oddziału chirurgii i okulistyki. Wyznaczono także współczynnik determinacji (R^2).

Tab. 2. Oszacowania parametrów modeli kosztów w poszczególnych okresach dla oddziału chirurgia

Koszt	$\hat{\lambda}_0$	t_{λ_0}	$\hat{\lambda}_1$	t_{λ_1}	$\hat{\lambda}_2$	t_{λ_2}	$\hat{\lambda}_3$	t_{λ_3}	R^2
Leki	27037	1,04[0,304]			28,28	2,90[0,006]			0,154
Bielizna i pościel	-2531	-2,26[0,029]	3,389	2,78[0,008]					0,144
Artykuły żywnościowe	-728,6	-0,35[0,726]			15,43	6,88[0,000]			0,510
Energia elektryczna	9401	4,84[0,000]					-702,7	2,57[0,014]	0,136
Zimna woda i ścieki	-147,1	-0,14[0,894]	17,38	2,07[0,044]					0,085
Pranie	2390	1,03[0,306]	42,73	2,42[0,020]					0,110
Wywóz nieczystości	633,0	0,90[0,371]	10,82	2,02[0,050]					0,081

Źródło: obliczenia własne.

Obok wartości statystyki t-Studenta w nawiasach kwadratowych podano prawdopodobieństwo przekroczenia wartości empirycznej tej statystyki.

W przypadku trzech rodzajów kosztów żadna z potencjalnych zmiennych objaśniających nie była statystycznie istotna, więc nie uwzględniono ich w tabeli 2. Dotyczy to kosztów zużytych materiałów medycznych, CO i ciepłej wody oraz kosztów całkowitych. Jedynie w przypadku artykułów żywności-

wych współczynnik determinacji jest wyższy od 0,5. Oznacza to, że w 51% zmienność kosztów artykułów żywnościowych jest wyjaśniana przez czynniki zawarte w modelu, czyli liczbę pacjentów oraz przeciętny czas pobytu pacjenta na oddziale. W przypadku pozostałych kosztów oddziału chirurgii współczynniki determinacji były tak niskie, iż modeli tych nie można wykorzystać do modelowania wysokości tych kosztów.

Tab. 3. Oszacowania parametrów modeli kosztów w poszczególnych okresach dla oddziału okulistyki

Koszt	$\hat{\lambda}_0$	t_{λ_0}	$\hat{\lambda}_1$	t_{λ_1}	$\hat{\lambda}_2$	t_{λ_2}	$\hat{\lambda}_3$	t_{λ_3}	R^2
Materiały medyczne	-5133	-0,46 [0,648]	477,9	4,07[0,000]					0,265
Bielizna i pościel	1367	2,73[0,009]					326,1	-2,18[0,034]	0,094
Artykuły żywnościowe	-842,6	-1,31[0,195]			18,86	2,05[0,000]			0,648
Gaz	-65,61	-0,35[0,725]	5,018	2,57[0,013]					0,126
Środki czystości	-1034	2,24[0,030]	4,858	4,14[0,000]					0,271
Materiały biurowe i druki	-1013	-1,94[0,058]	26,38	4,81[0,000]					0,335
Energia elektryczna	3720	3,99[0,000]			-833,0	-2,99[0,005]			0,163
Poczta i telefony	-3432	-1,83[0,074]	55,09	3,94[0,000]					0,252
Kontrakty medyczne spółki	-2287	-1,70[0,095]					1084	2,70[0,010]	0,137
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	117620	4,22[0,000]	-763,2	-2,61[0,000]					0,129

Źródło: obliczenia własne.

W nawiasach kwadratowych podano prawdopodobieństwo przekroczenia wartości empirycznej statystyki t-Studenta.

W wypadku kosztów CO i ciepłej wody oddziału okulistyki żadna z potencjalnych zmiennych objaśniających nie była statystycznie istotna, więc nie uwzględniono go w tabeli 3. Podobnie jak w przypadku chirurgii, tak i dla okulistyki kosztem najlepiej wyjaśnianym przez zmienne objaśniające są wydatki na żywność. Przy czym dla oddziału okulistyki procent wyjaśnianej zmienności kosztów żywności jest wyższy niż dla chirurgii. Wzrost liczby osobodni o jednostkę na okulistycie powoduje wzrost kosztów o około 18,86 zł, a na chirurgii o 15,43 zł. W wypadku pozostałych kosztów oddziału okulistyki współczynniki determinacji były tak niskie, iż modeli tych nie można wykorzystać do planowania i prognozowania wysokości tych kosztów.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania wykazały, iż rozpatrywane zmienne, tj. liczba pacjentów, liczba osobodni oraz przeciętny czas pobytu pacjenta na oddziale w niewielkim stopniu opisują zmienność kosztów na analizowanych oddziałach. W znaczny sposób ogranicza to możliwość wykorzystania otrzymanych w ten sposób informacji dla celów zarządczych. Otrzymane wyniki wskazują również na istotne ograniczenia obowiązujących do niedawna rozwiązań w zakresie kalkulacji kosztów w szpitalach. Bazowały one bowiem na jednostkowym koszcie osobodnia, wychodzono bowiem z założenia, iż koszty szpitala w znacznym stopniu są z nimi związane. Biorąc pod uwagę uzyskane wyniki, należy uznać, iż to założenie nie było prawdziwe, a poziom kosztów szpitali zależy od innych czynników, takich jak jednostka chorobowa pacjenta czy też możliwości diagnostyczno-terapeutyczne pacjentów.

Bibliografia

- Kujawski J. (2006), *Badanie zmienności kosztów ośrodka dializ przy wykorzystaniu MS Excel*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego”, nr 4.
- Kulis I., Kulis M., Styło W. (1999), *Rachunek kosztów w zakładach opieki zdrowotnej*, Vesalius, Kraków.
- Lave J.R., Lave L.B. (1970), *Hospital Cost Functions*, „The American Economic Review”, Vol. 60, No. 3.
- Stańdo-Górowska H. (2011), *Funkcja kosztów operacyjnych szpitala i jej zastosowanie w procesie zarządzania*, „Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy”, Zeszyt Nr 20.

Magdalena Jaworzyńska

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie

Rola mapy strategii w zarządzaniu strategicznym zakładem opieki zdrowotnej

The role of strategy maps in strategic management in hospitals

Abstract: Healthcare facilities wanting to effectively manage existing resources, as well as better and more efficiently respond to changes in the environment, looking for new management methods. Taking into account the above factors management modern health care facility will require managers to take an interest in the strategy map. Subjected to analysis of a strategy map and show its role in the strategic management of health care facility. The analysis was performed using domestic and foreign literature and legislation.

Key words: strategy maps, hospital, management

Wstęp

W wyniku transformacji systemu ochrony zdrowia placówki medyczne przekształcone zostały w samodzielne jednostki, których funkcjonowanie oparte jest na rachunku ekonomicznym, czyli stały się podmiotami gry rynkowej.

Podmioty te, chcąc efektywniej gospodarować istniejącymi zasobami, a także lepiej i sprawniej reagować na zmiany dokonujące się w otoczeniu, poszukują nowych metod zarządzania. Uwzględniając powyższe czynniki, zarządzanie nowoczesnym zakładem opieki zdrowotnej będzie wymagało od menedżerów zainteresowania się mapą strategii.

Celem artykułu jest przedstawienie mapy strategii i jej roli w zarządzaniu strategicznym zakładem opieki zdrowotnej. Analiza została dokonana przy wykorzystaniu literatury krajowej i zagranicznej oraz aktów prawnych.

Wnioski sformułowane w opracowaniu mogą być pomocne w zarządzaniu publicznymi organizacjami ochrony zdrowia.

Charakterystyka zarządzania strategicznego w zakładach opieki zdrowotnej

Zarządzanie strategiczne od wielu lat jest przedmiotem zainteresowania menedżerów zakładów opieki zdrowotnej. Niestety, w warunkach polskich wymuszona na wielu szpitalach przez system prawny procedura tworzenia strategii organizacji okazała się w wielu przypadkach niemożliwa do realizacji; zarządzający nie realizowali kontroli strategicznej.

W związku z tym trzeba się zastanowić, jakie działania należy podjąć, aby zarządzanie strategiczne placówką medyczną przyniosło oczekiwane efekty. Zasady budowania strategii w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej można ograniczyć do kilku warunków [Brilman J., 2002, s. 34]:

- zakład opieki zdrowotnej musi posiadać dobrze zorganizowany system informacji wewnętrznej,
- zakład opieki zdrowotnej musi w miarę precyzyjnie określić swoją przyszłą pozycję, z wykorzystaniem wszystkich dostępnych źródeł wiedzy i możliwości wpływania na otoczenie,
- zakład opieki zdrowotnej musi określić wewnętrzne warunki realizacji strategii, a więc zasoby, jakimi będzie dysponował,
- zakład opieki zdrowotnej musi dokonać najkorzystniejszego wyboru spośród kilku wariantów strategii opracowanych wspólnie przez zarządzających, organy tworzące i pracowników. W celu wyboru wariantów należy wyodrębnić kilka determinantów krytycznych istotnie wpływających na przyszłość szpitala,
- zakład opieki zdrowotnej musi opracować plan strategiczny, czyli ścieżkę dojścia do zaproponowanych rozwiązań, z zastosowaniem posiadanych zasobów,
- zarządzający zakładem opieki zdrowotnej muszą uzyskać poparcie załogi dla wprowadzanej strategii,
- zarządzający zakładem opieki zdrowotnej powinni zapewnić bieżący nadzór i kontrolę postępu w realizacji strategii na każdym etapie wdrażania strategii i później na etapie jej realizacji.

Działania te dają gwarancję nie tylko opracowania dobrej strategii, ale także stabilnej przyszłości i mniejszego ryzyka związanego ze zmianami w otoczeniu.

Trudności w opracowaniu i wdrożeniu strategii w zakładach opieki zdrowotnej są oczywiste. Wśród wielu trudności, jakie na etapie formułowania strategii spotyka się w zakładach opieki zdrowotnej, należy wyróżnić [Stępniewski J., 2008, s. 73]:

- trudności z ustaleniem, które ze świadczonych przez zakład opieki zdrowotnej usług są najważniejsze,

-
- brak wspólnych celów organizacyjnych dla lekarzy, pielęgniarek i personelu administracyjnego,
 - brak koordynacji i właściwej współpracy pomiędzy personelem zakładu opieki zdrowotnej a lekarzem i pracownikami medycznymi sprawującymi opiekę nad pacjentem przed i po hospitalizacji,
 - zagrożenie dla funkcjonowania organizacji na lokalnym rynku świadczeń medycznych,
 - brak równowagi pomiędzy jakością opieki medycznej, zadowoleniem pacjentów, zadowoleniem pracowników a badaniami naukowymi i celami finansowymi,
 - problem komunikacji wewnętrznej oraz komunikacji z najwyższym kierownictwem w obszarze celów strategicznych,
 - problemy ze spełnieniem wymagań prawnych w zakresie ochrony środowiska,
 - wzrost niezadowolenia pracowników.

Aby zrównoważyć powyższe problemy, należy opracować misję, a następnie zastanowić się, jak przełożyć zdefiniowane cele na działania.

Mapa strategii - koncepcja

Jednym ze sposobów przełożenia strategii na działania operacyjne jest strategiczna karta wyników zaproponowana przez R.S. Kaplana i D.P. Nortona. Zrównoważona karta wyników jako koncepcja zarządzania powstała w latach 90. XX w. Źródłem jej były badania zainicjowane przez Roberta S. Kaplana z Harvard Business School i Davida P. Nortona, założyciela i prezesa Renaissance Solution Inc., a dotyczące mierzenia wyników w organizacjach.

Strategiczna karta wyników daje kierownictwu uniwersalne narzędzie przełożenia wizji i strategii organizacji na zestaw logicznie powiązanych mierników efektywności [Kaplan R.S., Norton D.P., 2001a, s. 41].

Strategiczna karta wyników przedstawia strategię, czyli sposób, w jaki jednostka opieki zdrowotnej będzie wypełniała misję w formie tzw. mapy strategii. Mapa strategii jest pierwszym etapem budowania strategicznej karty wyników. Według R. Kaplana i D. Nortona mapa strategii ma za zadanie przedstawiać proces transformacji aktywów niematerialnych w materialne efekty finansowe. Dzięki temu jest podstawą zarządzania strategią [Kaplan R.S., Norton D.P., 2001b, s.77]. Kaplan i Norton uważają także, że mapa strategii jest uogólnioną architektoniczną strukturą opisującą strategię. Jest ona wykorzystywana do analizy spójności strategii i jej zrozumienia. Pozwalają uchwycić w sposób logiczny strukturę powiązań między poszczególnymi elementami strategicznymi [Kaplan R.S., Norton D.P., 2001b, s. 11–12].

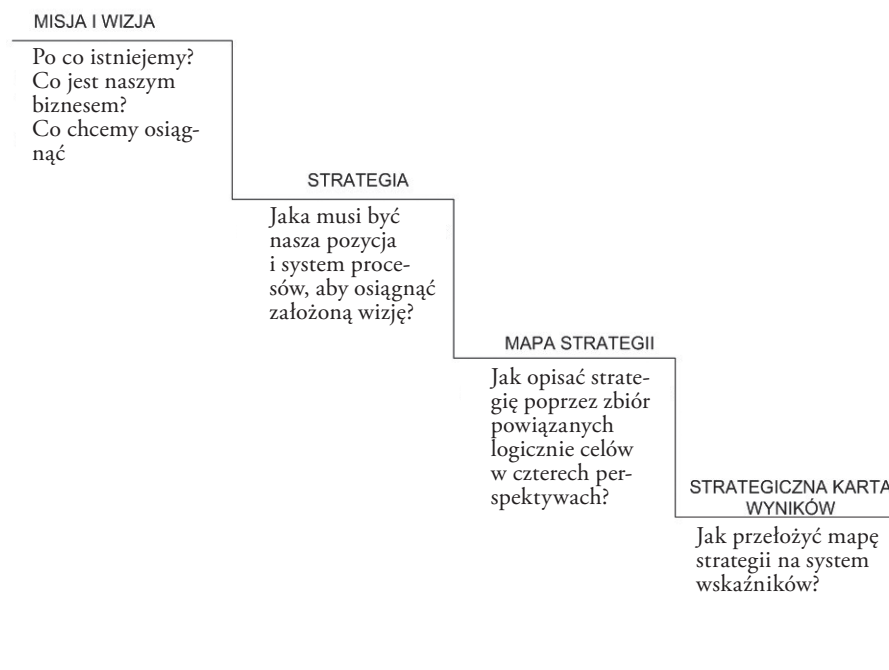
Zbudowanie mapy strategii zakładu opieki zdrowotnej ukazuje rolę materialnych i niematerialnych czynników, co pozwala na właściwy ich dobór do realizowanej strategii, a tym samym podnosi ich efektywność. Umożliwia to wskazanie z jednej strony na zbędne aktywa, które należy upłynnić, z drugiej strony zaś na brakujące aktywa i umiejętności, o które należy uzupełnić zasoby zakładu opieki zdrowotnej [Karpus P., 2003, s. 411].

Tworzenie mapy strategii opiera się na pięciu zasadach [Ćwiklicki M., 2007, s. 7]:

- strategia równoważy przeciwstawne siły. Inwestowanie niematerialne w aktywa w długiej perspektywie stoi w opozycji do cięcia kosztów w krótkiej perspektywie;
- strategia jest oparta na zróżnicowanej propozycji wartości dla klienta. Oznacza to, że wartość oferowana ma odpowiadać ściśle potrzebom konsumentów, a to z kolei wiąże się z dobrym rozpoznaniem ich potrzeb;
- wartość jest tworzona w wewnętrznych procesach biznesowych. Wyniki w perspektywie finansowej i klienta są konsekwencją działań podjętych w ramach procesów;
- strategia składa się z równoległych, uzupełniających się tematów;
- strategiczne dopasowanie determinuje wartość niematerialnych zasobów.

Aby stosować mapę strategii jako narzędzie zarządzania strategicznego najpierw trzeba stworzyć spójny system celów strategicznych powiązanych relacjami przyczynowo-skutkowymi. Warunkiem wstępnym stosowania mapy strategii jako podstawy Karty Wyników jest sprawny system planowania strategicznego w przedsiębiorstwie. Tak jak to przedstawiono na rysunku 1, opracowanie mapy strategii powinno być poprzedzone określeniem misji i wizji oraz sformułowaniem strategii przedsiębiorstwa. Warto zauważyć, że w niektórych podmiotach wdrożenie BSC pociąga za sobą rozpoczęcie lub uporządkowanie procesu planowania strategicznego [Pietrzak M., 2008, s. 3].

Strategia zakładu opieki zdrowotnej ma charakter zbioru hipotez, dotyczących przejścia z aktualnego stanu zakładu i osiągnięcia pożądanego stanu w przyszłości. Mapa strategii grupuje te hipotezy w cztery perspektywy oraz łączy je w spójną całość przez występujące między nimi zależności przyczynowo-skutkowe [Świerk J., 2005, s. 132].

Rys. 1. Mapa strategii w procesie planowania strategicznego

Źródło: [Pietrzak 2008, s. 3].

Jeśli zakład opieki zdrowotnej będzie miał odpowiednich ludzi, wiedzę i infrastrukturę technologiczną, będzie dobrze wykonywać procesy, które dostarczają oczekiwanej wartości pacjentom i społeczności lokalnej. Tym samym zapewni sobie realizację celów finansowych – efektywność i wzrost – gwarantując stałą poprawę wartości organizacji. Zastosowanie mapy strategii i strategicznej karty wyników umożliwia zintegrowanie wszystkich działań wokół strategii zakładu opieki zdrowotnej, co może przyczyniać się do zwiększenia skuteczności jej realizacji. Mapa strategii przekładana jest na działania praktyczne przez mierniki ujęte w ramach strategicznej karty wyników [Świerk J., 2005, s. 132].

Budowa mapy strategii opiera się na czterech perspektywach: finansowej, klienta (pacjenta), procesów wewnętrznych oraz wiedzy i rozwoju. Opis działań koniecznych do podjęcia w każdej z perspektyw określa się za pomocą działań operacyjnych tworzących inicjatywy strategiczne dla każdej z perspektyw. Wszystkie perspektywy tworzone są na takiej samej zasadzie, tzn. w każdej perspektywie zostają określone cele strategiczne, cele szczegółowe.

Perspektywa finansowa wskazuje na gospodarkę środkami finansowymi jednostki i odpowiada na pytanie: „Jakie powinny być wyniki finansowe, aby zaspokoić oczekiwania właścicieli?”. Jednak z punktu widzenia zakładu opieki zdrowotnej, którego głównym celem jest zbilansowanie kosztów z przychodami i utrzymanie płynności finansowej, ważniejsza będzie odpowiedź na pytania: „Jak utrzymać się na rynku usług medycznych, jak zachować względną płynność finansową lub jak maksymalnie racjonalizować koszty?”. Ponieważ cena procedury medycznej jest narzucona przez płatnika, w perspektywie finansowej należy zbadać, czy procedura medyczna świadczona jest po odpowiednich kosztach.

Zakłady opieki zdrowotnej mogą obrać sobie za strategiczne cele finansowe: wzrost przychodów, redukcję kosztów, poprawę wydajności, poprawę wykorzystania zasobów. Cele te powinny stanowić punkt odniesienia dla celów i mierników sformułowanych w ramach pozostałych perspektyw [Kłudacz M., 2009b, s. 16].

Perspektywa pacjenta odpowiada na pytanie: „Jak postrzegają nas klienci?”. Pacjenci stanowią najważniejszą grupę klientów w sektorze ochrony zdrowia, bez których nie mógłby odbywać się proces diagnostyczno-terapeutyczny. Pacjent jest centralnym punktem strategii zakładu opieki zdrowotnej. W tej perspektywie należy określić, kto jest pacjentem szpitala, jak szpital zamierza o niego konkurować oraz jakie usługi medyczne są najbardziej oczekiwane i pożądane z punktu widzenia pacjentów [Kłudacz M., 2009b, s. 17].

W tej perspektywie typowymi celami są: satysfakcja klienta, wzrost ich lojalności, przywiązania, pozyskanie nowych klientów czy ich rentowność. W zakładach opieki zdrowotnej istotne są także relacje z płatnikiem czy personelem medycznym. Oni w imieniu klienta kontraktują i finansują działalność jednostki. Natomiast cele i miary je odzwierciedlające muszą uwzględniać potrzeby obu grup klientów, a ich realizacja powinna przyczynić się do poprawy sytuacji finansowej [Kłudacz M., 2009b, s. 17; Skoczylas W., 2005, s. 253].

Perspektywa procesów wewnętrznych to identyfikacja i usprawnienie najważniejszych działań i procesów kluczowych dla celów sformułowanych w perspektywie finansowej i pacjenta. Odpowiada ona na pytanie: „Jakie procesy należy usprawnić w danej jednostce?”. W perspektywie tej powinno się skoncentrować na efektywności realizowanych kluczowych procesów wewnętrznych. Procesy te uznaje się za efektywne, gdy zaspokajają oczekiwania klientów w odpowiedzialny sposób w wymiarze finansowym. Procesy wewnętrzne zakładu opieki zdrowotnej powinny być rozumiane szeroko i obejmować: innowacje, właściwy proces leczenia oraz opiekę nad pacjentem po zakończeniu przebiegu leczenia [Skoczylas W., 2005, s. 253].

Cele i ich mierniki sformułowane w perspektywie procesów wewnętrznych powinny się koncentrować na tych procesach wewnętrznych, które będą miały największy wpływ na satysfakcję pacjenta i osiągnięcie celów finansowych. Perspektywa procesów wewnętrznych ma bardzo istotny wpływ na cele wyznaczane w innych perspektywach. Cele w tej perspektywie umożliwiają szybszą i lepszą jakościowo obsługę pacjentów oraz zwiększają sprawność działania szpitala, co przekłada się na poprawę jego wyników ekonomicznych [Kludacz M., 2009a, s. 182–183].

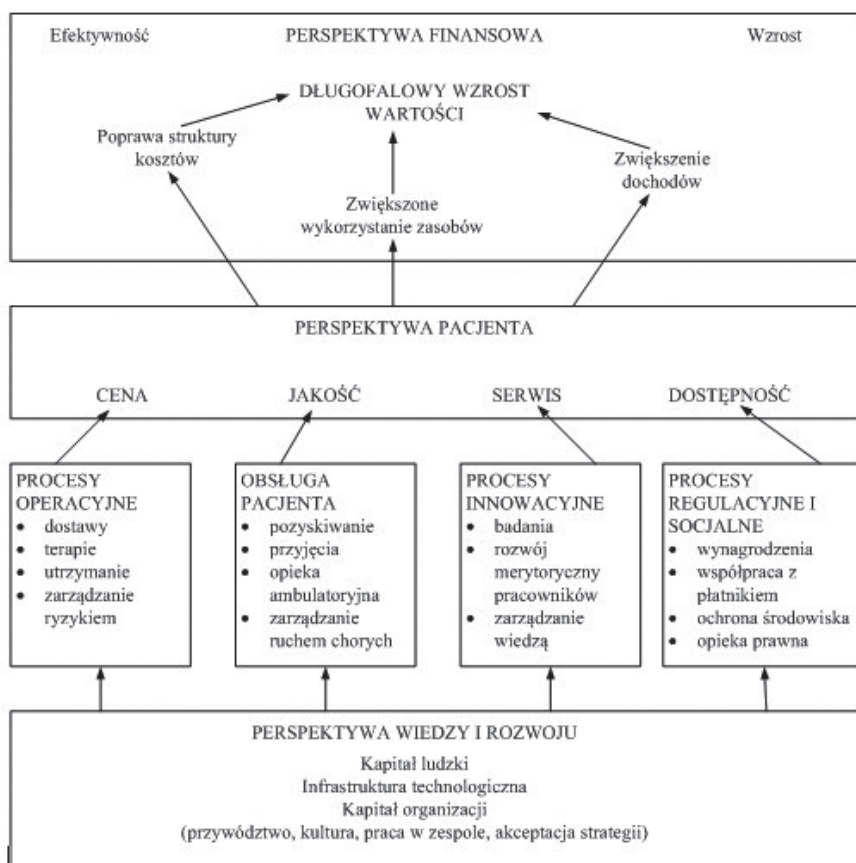
Perspektywa rozwoju odpowiada na pytanie: „Czy można się dalej rozwijać i kreować wartość?”. Łańcuch przyczynowo-skutkowy celów strategicznych, przechodzący przez wszystkie cztery perspektywy, bierze swój początek w perspektywie rozwoju [Kludacz M., 2009b, s. 18].

Perspektywa rozwoju określa zasoby konieczne do wprowadzenia zmian realizacji zadań ujętych w perspektywie pacjenta, finansowej i procesów wewnętrznych. Istotnym obszarem zainteresowań szpitala powinny być zasoby medyczne i wykwalifikowana kadra medyczna.

Cele stawiane w tej perspektywie stanowią podstawy długoterminowego rozwoju i doskonalenia organizacji oraz są osiągane w dłuższym czasie. Mogą być one związane z prowadzonymi przez zakład opieki zdrowotnej strategiami rozwoju takich obszarów jak wprowadzenie nowej procedury medycznej, rozwój nowych metod zarządzania, rozwój stosowanych technologii medycznych czy rozwój kompetencji personelu medycznego. Indywidualne cele należy określić dla personelu medycznego [Kludacz M., 2009a, s. 183–184].

Przykładową mapę strategii dla zakładu opieki zdrowotnej przedstawiono na rysunku 2.

Rys. 2. Mapa strategii dla zakładu opieki zdrowotnej



Źródło: [Górny 2004, s. 66].

Poszczególne płaszczyzny w strategicznej karcie wyników łączą się bezpośrednio ze sobą i wzajemnie na siebie wpływają. Przykładowo odpowiednia organizacja oddziałów szpitalnych i ich pracowników (perspektywa rozwoju) wpływa na jakość i sprawność obsługi pacjentów, a przez to na poziom ich satysfakcji (perspektywa pacjentów), a także ma wpływ na koszty wykonania świadczeń medycznych, czyli również na wynik finansowy, który stanowi element perspektywy finansowej.

Proces tworzenia mapy strategii ma charakter ciągły, tj. jego realizacja kończy się dopiero wtedy, kiedy osoby projektujące nie mają żadnych wątpliwości

co do poprawności utworzonych relacji. Sprawdzenie poprawności budowy mapy strategii może następować w sposób pośredni poprzez analizę korelacji między miernikami przypisanymi do poszczególnych perspektyw i inicjatyw strategicznych [Ćwiklicki M., 2007, s. 8].

Podsumowanie

Podsumowując, można stwierdzić, że mapa strategii jest pomocna w procesie zarządzania strategicznego. Odzwierciedla „serce” strategii oraz definiuje ostateczne kryterium sukcesu strategii oraz wskazuje, w jaki sposób rozwój infrastruktury materialnej i niematerialnej będzie wspierał strategię. Mapa strategii ułatwia utrzymanie integralności strategii, wskazując na systemowe powiązania przyczynowo-skutkowe, tak aby kluczowe elementy strategii ząbały się i wzajemnie wzmacniały [Pietrzak M., 2008, s. 3].

Do wad metody należy zaliczyć trudności w formułowaniu związków przyczynowo-skutkowych, gdyż rzeczywista ich korelacja może być odmienna od sformułowań planistycznych.

Reasumując, mapa strategii pozwoli zakładowi opieki zdrowotnej w pełni zrozumieć plany biznesowe, określić grupę docelowych klientów i przekształcić to wszystko w jedną zwartą strategię.

Bibliografia:

- Brilman J. (2002), *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa.
- Ćwiklicki M. (2007), *Mapa strategii – metoda pomocnicza w strategicznej karcie wyników*, „Przegląd Organizacji”, nr 11.
- Górny M. (2004), *Sukces czy tylko obniżka kosztów*, „Menedżer Zdrowia”, nr 2.
- Hass-Symotiuk M. (red.) (2005), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (2001a), *Strategiczna karta wyników. Praktyka*, CIM, Warszawa.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (2001b), *Strategiczna karta wyników. Jak przełożyć strategię na działanie?*, PWN, Warszawa.
- Karpuś P. (2003), *Rola strategii w zarządzaniu przedsiębiorstwem*, „Annales, Sectio H”, vol. XXXVII, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin.
- Karpuś P., Węclawski J. (red.) (2005), *Rynek finansowy szanse i zagrożenia rozwoju. Tom II. Zarządzanie finansami przedsiębiorstw i instytucji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin.
- Kłudacz M. (2009a), *Płaszczyzny pomiaru i oceny dokonań szpitala w zrównoważonej*

karcie wyników, [w:] Nowak E. (red.), *Rachunkowość a controlling*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Nr 56, Wrocław.

Kludacz M., (2009b), *Zrównoważona karta wyników i możliwości jej zastosowania w szpitalach*, [w:] Lewandowski R., Walkowiak R., Kautsch M. (red.), *Współczesne wyzwania menedżerskie w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Olsztyńskiej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Olsztyn.

Lewandowski R., Walkowiak R., Kautsch M. (red.) (2009), *Współczesne wyzwania menedżerskie w ochronie zdrowia*, Wydawnictwo Olsztyńskiej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Olsztyn.

Pietrzak M. (2008), *Istota mapy strategii*, Baza Wiedzy Studiów Podyplomowych PRE-MBA Metody i techniki menedżerskie, Warszawa.

Skoczylas W. (2005), *Założenia konstrukcji systemu pomiaru osiągnięć w zarządzaniu publicznym zakładem opieki zdrowotnej*, [w:] Hass-Symotiuk M. (red.), *Sterowanie kosztami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.

Stępniewski J. (red.) (2008), *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.

Świerk J. (2005), *Mapa strategii – od aktywów niematerialnych do wyników firmy*, [w:] Karpuś P., Węclawski J. (red.), *Rynek finansowy szanse i zagrożenia rozwoju. Tom II. Zarządzanie finansami przedsiębiorstw i instytucji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin.

Rozdział III

Varia

Katarzyna Krot
Politechnika Białostocka

Determinanty współczesnego modelu relacji lekarz–pacjent

Determinants of model of doctor–patient relationship

Abstract: The doctor-patient relationship is a crucial element in healthcare. The literature distinguishes between four models of the doctor-patient relationship. Socio-economic transformation also changes the nature of this relationship. Therefore, the aim of this paper was to investigate the model of doctor-patient relationship and to identify the determinants of this relation based on the analysis of the results of surveys carried out on a sample of 208 students in Podlasie Region. Despite of the growing popularity of partnership model, still a significant proportion of patients will submit to the authority of a doctor (paternalistic relationship). Preferred model of doctor-patient relationship is determined by stereotypes associated with the size of the place of providing medical services and physician gender. It also depends on the level of competence and integrity trust.

Key words: model of doctor-patient relationship, trust, stereotypes

Wstęp

Usługi medyczne charakteryzują się wysokim poziomem niepewności i ryzyka. Pacjenci nie posiadają profesjonalnej wiedzy, która umożliwiałaby im ocenę jakości otrzymanych świadczeń [Berry, Bendapudi 2007, ss. 111–122]. Dlatego też potrzebują wskazówek ułatwiających podejmowanie decyzji – zarówno tych rynkowych (dotyczących wyboru lekarza), jak i tych zdrowotnych. Odpowiednio skonstruowana relacja z lekarzem pomaga rozwikłać te dylematy, ale ma również wartość terapeutyczną. Zmieniające się uwarunkowania społeczno-gospodarcze zmieniają również charakter tej relacji. Warto więc przyjrzeć się współcześnie preferowanemu modelowi relacji lekarz–pacjent. Stąd

celem badania zrealizowanego na potrzeby niniejszego artykułu było określenie preferencji dotyczących relacji lekarz–pacjent oraz identyfikacja czynników wpływających na charakter tej relacji. Badanie w postaci ankiety audytoryjnej zostało przeprowadzone wśród 208 studentów dwóch białostockich uczelni: Politechniki Białostockiej i Uniwersytetu w Białymstoku. Artykuł powstał w ramach grantu naukowego (nr DEC-2011/01/D/HS4/05664) finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

Relacja lekarz–pacjent

Usługi medyczne należą do usług, których pacjenci potrzebują, ale niekoniecznie pożądamy i które wiążą się z dużym stresem i zaangażowaniem emocjonalnym [Berry, Bendapudi 2007, ss. 111–122]. Relacja lekarz–pacjent może przybierać różną postać w zależności od osobistych i społecznych predyspozycji lekarza i chorego (charakterystyka społeczno-demograficzna, autorytet zawodu lekarza, konsumpcyjne nastawienie pacjentów, socjalizacja zawodowa przyszłych lekarzy, przyjęty model medycyny i zdrowia) oraz od czynników ekonomicznych (zmiany w systemie służby zdrowia doprowadzające do rozwoju mechanizmów rynkowych, konkurencja).

W literaturze wymienia się cztery modele relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem: paternalistyczną, asymetryczną, interpretatywną oraz partnerską. Każdy z tych modeli wiąże się z innym podejściem lekarza do pacjenta [Cullen 2005, ss. 231–244]. Relacja paternalistyczna oznacza całkowite podporządkowanie pacjenta lekarzowi, który, kierując się swoim autorytetem, bierze na siebie całkowitą odpowiedzialność za proces leczenia i jego wyniki [Szasz, Hollender 1956, ss. 585–592]. Na przeciwnym biegunie znajduje się partnerski model relacji, w którym lekarz kompleksowo współpracuje z pacjentem i jego rodziną w zakresie edukacji zdrowotnej, profilaktyki, diagnozowania, rozwiązywania problemów medycznych. W relacji tej lekarz informuje pacjenta o potencjalnych możliwościach leczenia i ich efektach (również skutkach ubocznych), a ostateczną decyzję podejmuje pacjent. Ten model zakłada, że pacjent jest równoprawnym partnerem w relacji [Lagerlov i in. 1998, ss. 85–91]. Trzeci typ relacji – relacja asymetryczna – polega na dominującej pozycji lekarza, choć pacjent sam wybiera poziom zaangażowania w proces decyzyjny związany z leczeniem i ma możliwość wpływu na ostateczny przebieg leczenia [Elwyn i in. 2000, ss. 892–899]. Z kolei interpretacyjny model relacji zakłada, że podstawą spotkania w gabinecie lekarskim jest opowieść pacjenta, a lekarz pełni jedynie funkcję doradcy [Eriksson i in. 2007, ss. 19–36]. Istota relacji lekarz–pacjent ulega dynamicznym zmianom. Jak twierdzą badacze, paternalistyczny typ relacji z dominującą rolą lekarza był raczej charakterystyczny w przeszłości [Gruber, Frugone 2011, ss. 491–

–521]. Obecnie model ten ulega transformacji na rzecz bardziej równomiernego obciążenia obu partnerów kontrolą i odpowiedzialnością za proces leczenia. Relacja staje się więc partnerska i bardziej zorientowana na pacjenta [Hausman 2004, ss. 403–417]. W relacji partnerskiej pacjent jest traktowany raczej jako klient, który otrzymuje od lekarza niezbędne informacje, a następnie ocenia je i podejmuje decyzje, biorąc pod uwagę własne potrzeby [Cullen 2005, ss. 231–244]. Konsumeryzacja opieki zdrowotnej, rosnący dostęp do wiedzy i edukacji, tworzenie się społeczności internetowych skupionych wokół problemów zdrowotnych sprawiają, że relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem ulega dalszym zmianom [Laing i in. 2005, ss. 514–521], choć, jak wskazują wyniki niektórych badań, niekiedy pacjenci wolą jednak model paternalistyczny [Tapp i in. 2009, ss. 8–29].

Relacja lekarz–pacjent a zaufanie

Relacja pomiędzy lekarzem a pacjentem jest uwarunkowana wieloma czynnikami leżącymi zarówno po stronie pacjenta, jak i po stronie lekarza oraz jest efektem interakcji zachodzących pomiędzy obiema stronami w gabinecie lekarskim [Leventhal 2008, ss. 50–59; Spake, Bishop 2009, ss. 1–15]. Takimi czynnikami są m.in. ocena kompetencji lekarskich [Brown, Swartz 1989, ss. 92–98], psychiczny komfort pacjenta [Spake i in. 2003], okazywanie przez lekarza empatii, zrozumienia, uwagi, życzliwości (Winsted 2000, ss. 399–421; Ruyter i in. 1999, ss. 1131–1145; Gruber, Frugone 2011, ss. 491–521), umiejętność zachowania prywatności i poufności oraz niezawodność. Są to zachowania budujące zaufanie. Zaufanie można zdefiniować jako wiarę i oczekiwanie, że partner relacji będzie działał na rzecz wspólnych interesów [Gilson 2003, ss. 1453–1568] oraz że żadna ze stron nie będzie nigdy działać na szkodę partnera, wykorzystując jego słabe punkty [Morgan, Hunt 1994, ss. 20–38]. Oznacza to również chęć inwestowania swoich zasobów w relację z innym podmiotem. Zaufanie wynika z pozytywnych wyobrażeń będących konsekwencją dotychczasowych wzajemnych interakcji [Brockner i in. 1997, ss. 558–583] oraz oceny stopnia wiarygodności partnera relacji.

Pacjentom zaufanie jest potrzebne na każdym etapie budowania relacji z lekarzem i w każdym modelu tej relacji. Zaufanie jest wynikiem umiejętności budowania relacji. Zaufanie pomaga pacjentom otwarcie mówić o swoich dolegliwościach oraz brać aktywny udział we współtworzeniu usługi medycznej i skutecznym leczeniu [Gruber, Frugone 2011, ss. 491–521]. Zaufanie pozwala również pacjentowi uwierzyć w przekazywane przez lekarzy informacje dotyczące stawianej diagnozy czy sposobu leczenia. Tylko jeśli uda się zapewnić akceptację informacji przekazywanych przez wiarygodnego lekarza, pacjenci

będą postrzegali potencjalną relację jako mniej ryzykowną. Zaufanie decyduje także o atmosferze spotkania w gabinecie lekarskim, zapewnia zadowolenie pacjentów i ich lojalność, przestrzeganie zaleceń lekarskich, kontynuację leczenia, a tym samym szybsze wyzdrowienie pacjenta [Hall 2001, ss. 613–639]. Pacjenci poszukują więc cech i korzyści z interakcji z lekarzem w celu odzyskania zaufania i kontynuacji relacji [Gruber, Frugone 2011, ss. 491–521]. Zaufanie do lekarza wynika więc zarówno z przesłanek racjonalnych, jak i emocjonalnych. Źródłem zaufania mogą być pozytywne wcześniejsze doświadczenia pacjenta związane z umiejętnym rozwiązaniem problemu zdrowotnego. Jednak nie mniej ważne w kreowaniu zaufania są pozytywne emocje, przywiązanie i zaangażowanie (Dobiegała-Korona 2009). Zmiany, jakie zachodzą we współczesnej relacji lekarz–pacjent, wcale nie oznaczają deprecjacji znaczenia zaufania. Zaufanie staje się raczej negocjowalnym elementem relacji i zależy właśnie od kompetencji technicznych, stylu komunikacji, dostarczanej pacjentowi wiedzy oraz umiejętności udowodnienia trafności decyzji medycznych [Rowe, Calnan 2006, ss. 4–6].

Relacja lekarz–pacjent a stereotypy

Z badań wynika, że wiek, płeć czy narodowość lekarza mogą mieć wpływ na przebieg relacji i w efekcie na wyniki leczenia [Shaha, Ogdenb 2006, ss. 136–141]. Badania Cooper-Patrick i in. [1999, ss. 583–589] wykazały, że pacjenci, którzy odwiedzali lekarza kobietę, oceniali konsultację jako bardziej obustronnie aktywną niż w wypadku lekarza mężczyzny. W innych badaniach kobiety były postrzegane jako bardziej zorientowane na relacje interpersonalne, wykazujące więcej wsparcia, odpowiadające na emocje partnerów relacji, podczas gdy mężczyźni są bardziej ukierunkowani na cel działania [Nicolai, Demmel 2007, ss. 200–205].

McKinstry and Yang [1994, ss. 349–351] sprawdzali natomiast, jaki wpływ na ocenę relacji ma wiek lekarza. Okazało się, że podczas gdy starsi lekarze postrzegani byli jako bardziej skłonni do słuchania, dokładniejsi i zapewniający większe poczucie bezpieczeństwa, młodszy lekarze postrzegani byli jako osoby posiadające bardziej aktualną wiedzę, chętne do tłumaczenia i wyjaśniania kwestii medycznych oraz preferujące bardziej nieformalne więzi. Podobne wyniki otrzymali Shaha i Ogdenb [2006, ss. 136–141]. W swoich badaniach dowiedli, że młodzi lekarze w opinii pacjentów mają lepsze umiejętności techniczne oraz są bardziej skłonni do badania emocjonalnych aspektów stanu zdrowia chorych. Pacjenci w kontaktach z tymi lekarzami częściej akceptują i przestrzegają zaleceń lekarskich, chętniej kontynuują leczenie i wykazują lojalność wobec lekarza oraz mają większe zaufanie do diagnoz lekarskich.

Metodyka

Badania dotyczące preferowanego modelu relacji lekarz–pacjent były przeprowadzane głównie w latach 80. Od pewnego czasu ten obszar badawczy został nieco zapomniany, mimo że zmieniły się społeczno-gospodarcze uwarunkowania, a tym samym mógł się zmienić model relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Warto więc ponownie wrócić do badań nad tym zagadnieniem. W związku z tym głównym celem badania zrealizowanego na potrzeby niniejszego artykułu było określenie preferencji dotyczących relacji lekarz–pacjent oraz identyfikacja czynników wpływających na charakter tej relacji. Głównym założeniem badawczym było przyjęcie perspektywy pacjenta, tzn. zweryfikowanie istotności czynników związanych z zaufaniem do lekarzy oraz sposobu ich postrzegania przez pacjentów.

Zaufanie do lekarzy badano więc jako zaufanie odnoszące się do trzech najczęściej przytaczanych w literaturze wymiarów: kompetencje, rzetelność i otwartość na pacjenta. Natomiast stereotypy dotyczyły wieku i płci lekarza oraz miejsca świadczenia usługi (duże miasto vs. mała miejscowość). Realizacja tych celów wymagała przeprowadzenia badania pierwotnego w postaci ankiety audytoryjnej. Ze względu na pilotażowy charakter badania wzięło w nim udział 208 studentów II i III roku dwóch białostockich uczelni: Politechniki Białostockiej i Uniwersytetu w Białymstoku. Stanowi to istotne ograniczenie badania ze względu na określone cechy demograficzno-społeczne próby badawczej. Tabela 1 zawiera charakterystykę próby badawczej.

Tab. 1. Struktura próby badawczej

Miejsce zamieszkania			Płeć		
	Liczba	Procent		Liczba	Procent
Białystok	104	50,0	kobieta	124	59,6
wieś	35	16,8	mężczyzna	84	40,4
do 50 tys.	48	23,1	Wiek		
50–100	15	7,2	poniżej 25	180	86,5
100–200 tys.	2	0,9	25–35	27	12,98
200–300 tys.	4	1,9	36–45	1	0,5
Dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym			Poziom wykształcenia		
do 500	22	11,1	średnie	127	61,0
501–1000	62	31,3	licencjat	58	27,9
1001–1500	57	28,8	wyższe	23	11,1
1501–2000	28	14,1	Uczelnia		
2001–2500	14	7,1	Politechnika Białostocka	74	35,6
powyżej 2500	15	7,6	Uniwersytet w Białymstoku	134	64,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

Model relacji lekarz–pacjent – wyniki badania

Zamiarem badania było m.in. określenie preferowanego przez respondentów typu relacji lekarz–pacjent. Badani mieli więc do dyspozycji cztery krótkie charakterystyki tych relacji odpowiadające czterem typom relacji: paternalistycznej, asymetrycznej, interpretatywnej oraz partnerskiej. Warto zauważyć, że preferencje badanych są dość mocno zróżnicowane. Najwięcej, bo 29%, badanych osób oczekuje od lekarzy relacji paternalistycznej, tzn. deklaruje chęć pełnej gotowości do podporządkowania się lekarzowi, zgodnie z przekonaniem, że „lekarz wie, co robi” (tabela 2).

Tab. 2. Modele relacji lekarz–pacjent

Modele relacji lekarz–pacjent	Liczba	Procent
paternalistyczna	60	29,0
asymetryczna	55	26,6
interpretatywna	36	17,4
partnerska	56	27,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Nieco mniej badanych (27%) oczekuje natomiast relacji przeciwstawnej, tzn. partnerskiej, podczas której lekarz współpracuje z pacjentem i jego rodziną, informując o różnych możliwościach leczenia i ich skutkach. Ponad 26% respondentów stwierdziło, że chciałoby, aby lekarz miał dominującą pozycję w kontakcie z pacjentem. Nieco ponad 17% wybrało relację interpretatywną jako preferowany typ kontaktu z lekarzem.

Kolejnym zamierzeniem badawczym była identyfikacja czynników wpływających na wybór modelu relacji lekarz–pacjent. Przegląd literatury dowodzi, że przebieg tej relacji jest uzależniony od poziomu zaufania do lekarza. Respondenci mieli więc za zadanie określić poziom swojego zaufania do lekarzy w wymiarze: kompetencji, rzetelności oraz wiary w życzliwość i dobre intencje lekarzy. Okazało się, że większość respondentów deklarowała ograniczony poziom zaufania (przeważają odpowiedzi, że raczej ufają lub nie mają sprecyzowanej postawy, tabela 3).

Tab. 3. Poziom zaufania w relacji lekarz–pacjent

Zaufanie do lekarzy	Zaufanie do kompetencji		Zaufanie do życzliwości		Zaufanie do rzetelności	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent	Liczba	Procent
zdecydowanie tak	6	2,9	5	2,4	10	4,8
raczej tak	148	71,1	104	50,0	105	50,5
ani tak, ani nie	35	16,8	68	32,7	65	31,3
raczej nie	17	8,2	30	14,4	25	12,0
zdecydowanie nie	2	1,0	1	0,5	3	1,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

Wcześniejsze badania [Shaha, Ogdenb 2006, ss. 136–141; Nicolai, Demmel 2007, ss. 200–205] wskazują, że model relacji lekarz–pacjent jest również uwarunkowany postawami i stereotypami, którymi kieruje się pacjent, dotyczącymi płci, wieku czy miejsca świadczenia usługi medycznej.

W związku z tym respondenci, mając do wyboru alternatywy, tj.: kobieta–mężczyzna, osoba młoda – osoba starsza, lekarz w dużym mieście – lekarz w małym mieście, zostali poproszeni o wskazanie osoby, którym bardziej ufają jako lekarzowi. Prawie 24,5% z nich stwierdziło, że bardziej ufa kobietom lekarzom niż mężczyznom lekarzom (tabela 4). Dla 62% kwestia płci lekarza nie ma znaczenia.

Tab. 4. Stereotypy dotyczące lekarzy

Stereotypy związane z lekarzami	Częstotliwość	Procent
Płeć		
bardziej ufam kobiecie	51	24,5
nie ma to znaczenia	129	62,0
bardziej ufam mężczyźnie	28	13,5
Wiek		
bardziej ufam osobie młodej	29	13,9
nie ma to znaczenia	96	46,2
bardziej ufam osobie starszej	83	39,9
Miejsce świadczenia usługi medycznej		
bardziej ufam lekarzom w małej miejscowości	9	4,3
nie ma to znaczenia	101	48,6
bardziej ufam lekarzom w dużym mieście	98	47,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Wiek lekarza nie wpływa na poziom zaufania do niego w wypadku prawie połowy respondentów (tabela 3). Wśród pozostałych mniej więcej 40% bardziej ufa lekarzom starszym i prawie 14% – lekarzom młodszym. Nieco ponad 47% badanych deklaruje, że w większym stopniu ufa lekarzom praktykującym w dużych miastach niż w małych miejscowościach (tabela 3). Tutaj podobnie, dla prawie połowy respondentów miejsce świadczenia usługi nie wpływa na sposób postrzegania lekarza.

W celu stwierdzenia, który z czynników najlepiej wyjaśnia decyzje pacjentów w odniesieniu do preferowanego typu relacji z lekarzem, wykorzystano model regresji wielorakiej. W modelu tym zmienną zależną była zmienna „typ relacji”, natomiast jako zmienne wyjaśniające wykorzystano trzy wymiary zaufania (kompetencje, uczciwość i życzliwość), stereotypy oparte na wieku, płci i miejscu świadczenia usług medycznych oraz zmienne demograficzno-ekonomiczne (płeć, miejsce zamieszkania i dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym). W pierwszym kroku okazało się, że

część czynników jest nieistotna statystycznie, w związku z tym podjęto próbę poprawy modelu. Ostatecznie model zawiera jedynie dwa wymiary zaufania: zaufanie do kompetencji i rzetelności lekarzy, miejsce zamieszkania, dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym oraz zmienne obrazujące stereotypy oparte na wielkości miejscowości, w której usługa jest świadczona, i płci. Współczynnik determinacji wynosi $R^2=0,25$ i $p=0,00000$. Szczegółowe parametry modelu zawiera tabela 5.

Tab. 5. Model regresji

Składowe modelu	b	Bł. std. - z b	p
W. wolny	3,377100	0,583063	0,000000
Stereotyp oparty na wielkości miejscowości, w której usługa jest świadczona	0,636064	0,150681	0,000039
Zaufanie do kompetencji	-0,332449	0,133434	0,013631
Dochód netto na jedną osobę w gospodarstwie domowym	-0,199391	0,055805	0,000454
Miejsce zamieszkanie	-0,154898	0,064264	0,016950
Stereotyp oparty na płci lekarza	0,189626	0,092537	0,041902
Zaufanie do rzetelności	-0,200877	0,114065	0,079933

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Okazało się, że preferowany przez respondentów typ relacji najsilniej jest zdeterminowany przez stereotypy związane z wielkością miejscowości świadczenia usług medycznych ($p=0,000039$). Typ relacji zależy również od poziomu zaufania do kompetencji lekarskich ($p=0,014$) oraz zaufania do rzetelności ($p=0,079$). Co ciekawe, w modelu nie znalazło się zaufanie do życzliwości personelu lekarskiego. W nieco mniejszym stopniu determinantami typu relacji są zmienne demograficzno-ekonomiczne, tzn. dochód netto na jedną osobę w gospodarstwie domowym ($p=0,000454$) oraz miejsce zamieszkania respondentów ($p=0,016950$).

Wnioski

Relacja lekarz–pacjent w znacznym stopniu decyduje o jakości świadczenia medycznego [Spake, Bishop 2009, ss. 1–15; Gruber, Frugone 2011, ss. 491–521]. Relacja ta ma dynamiczny charakter, a dodatkowo może przybierać różną postać w zależności od społecznych predyspozycji lekarza i pacjenta oraz od czynników ekonomicznych. Wielu autorów podkreśla, że relacja paternalistyczna zanika na rzecz bardziej zrównoważonych kontaktów pomiędzy lekarzem a pacjentem. Z badania wynika jednak, że ta tendencja

nie jest tak wyraźna. Nadal wielu pacjentów woli podporządkować się autorytetowi lekarza (relacja paternalistyczna) niż brać odpowiedzialność za swoje decyzje w kwestiach zdrowotnych. Źródłem tego typu preferencji może być wszechogarniający chaos informacyjny (dostępna, ale niezwyfikowana wiedza z mediów), co skłania pacjentów do poszukiwania oparcia w profesjonalnej wiedzy lekarskiej. Zmieniająca się rola lekarza i pacjenta skłaniają do przyjrzenia się czynnikom, które istotnie wpływają na preferowany model tej relacji. Wyniki badania wskazują, że w sposób istotny statystycznie i dość silny na przebieg relacji wpływają stereotypy związane z postrzeganiem lekarzy, zwłaszcza stereotypy dotyczące płci i miejsca świadczenia usługi medycznej. Okazuje się bowiem, że korzystniejsze postrzeganie lekarzy kobiet i lekarzy z mniejszych miejscowości jest związane z preferowaniem relacji paternalistycznej. Przeprowadzona analiza pozwala również stwierdzić, że o modelu relacji decyduje poziom zaufania do kompetencji i rzetelności lekarza. Co ciekawe, zaufanie do życzliwości lekarzy okazało się całkowicie nieistotne przy wyborze charakteru relacji. Warto zauważyć, że większe zaufanie zarówno do kompetencji, jak i do rzetelności lekarzy wiąże się raczej z relacją paternalistyczną, natomiast mniejsze – z relacją partnerską. Oczekiwanie paternalistycznego podejścia ze strony lekarza dotyczy więc osób wykazujących wysoki poziom zaufania.

Bibliografia

- Berry L.L., Bendapudi, N. (2007), *Health care: a fertile field for service research*, „Journal of Service Research”, Vol. 10, Nr. 2, ss. 111–122.
- Brockner J., Siegel P.A., Daly J.P., Tyler T., Martin Ch. (1997), *When Trust Matters: The Moderating Effect of Outcome Favorability*, „Administrative Science Quarterly”, vol. 42, ss. 558–583.
- Brown S., Swartz T. (1989), *A gap analysis of professional service quality*, „Journal of Marketing”, Vol. 53, No. 2, ss. 92–98.
- Cooper-Patrick L., Gallo J.J., Gonzales J.J., Thi Vu H., Powe N.R., Nelson C., Ford D.E. (1999), *Race, gender and partnership in the patient–physician relationship*, „The Journal of the American Medical Association”, 282(6), ss. 583–589.
- Cullen R. (2005), *Empowering patients through health information literacy training*, „Health Education”, Vol. 54, no. 4, ss. 231–244.
- Dobiegała-Korona K. (2009), *Zaufanie jako przesłanka współtworzenia wartości*, [w:] Garbarski L., Tkaczyk J. (red.), *Kontrowersje wokół marketingu w Polsce. Niepewność i zaufanie a zachowania nabywców*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.

- Elwyn G., Edwards A., Kinnersley P., Grol R. (2000), *Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices*, „The British Journal of General Practice”, 50(460), ss. 892–899.
- Eriksson T., Nilstun T., Edwards A. (2007), *The ethics of risk communication in lifestyle interventions: Consequences of patient centeredness*, „Health, Risk & Society”, vol. 9(1), ss. 19–36.
- Gilson L. (2003), *Trust and the development of health care as a social institution*, „Social Science & Medicine”, vol. 56, ss. 1453–1568.
- Gruber T., Frugone F. (2011), *Uncovering the desired qualities and behaviors of general practitioners (GPs) during medical (service recovery) encounters*, „Journal of Service Management”, Vol. 22 Nr, 4, ss. 491–521.
- Hall M., Dugan E., Zheng B., Mishra A.K. (2001), *Trust in physicians and medical institutions: What is it, Can it be measured, and Does it matter?*, „The Milbank Quarterly”, Vol. 79, no 4, ss. 613–639.
- Hausman A. (2004), *Modeling the patient-physician encounter: improving patient outcomes*, „Academy of Marketing Science Journal”, Vol. 32, No. 4, ss. 403–417.
- Kao A.C., Green D.C., Davis N.A., Koplan J.P., Cleary P.D. (1998), *Patients’ Trust in Their Physicians. Effects of Choice, Continuity, and Payment Method*, „Journal of General Internal Medicine”, vol. 13(10), ss. 681–686.
- Lagerlov P., Leseth A., Matheso I. (1998), *The doctor-patient relationship and the management of asthma*, „Social Science & Medicine”, Vol. 47, nr, 1, ss. 85–91.
- Laing A., Newholm T., Hogg G. (2005), *Crisis of confidence: re-narrating the consumer professional discourse*, „Advances in Consumer Research”, Vol. 32, No. 1, ss. 514–521.
- Leventhal L. (2008), *The role of understanding customer expectations in aged care*, „International Journal of Health Care Quality Assurance”, Vol. 21 No. 1, ss. 50–59.
- McKinstry B., Yang S.Y. (1994), *Do patients care about the age of their general practitioner? A questionnaire survey in five practices*, „British Journal of General Practice”, vol. 44, ss. 349–351.
- Morgan R.M., Hunt S.D. (1994), *The commitment – trust theory of marketing*, „Journal of Marketing”, vol. 58 (3), ss. 20–38.
- Nicolai J., Demmel, R. (2007), *The impact of gender stereotypes on the evaluation of general practitioners’ communication skills: An experimental study using transcripts of physician–patient encounters*, „Patient Education and Counseling”, vol. 69, ss. 200–205.
- Rowe R., Calnan M. (2006), *Trust relations in health care—the new agenda*, „European Journal of Public Health”, February, vol.16 (1), ss. 4–6.

de Ruyter K., Wetzels M., van Birgelen M. (1999), *How do customers react to critical services encounters?: A cross-sectional perspective*, „Total Quality Management”, Vol. 10, No. 8, ss. 1131–1145.

Shaha R., Ogdenb J. (2006), *‘What’s in a face?’ The role of doctor ethnicity, age and gender in the formation of patients’ judgements: an experimental study*, „Patient Education and Counseling”, vol. 60, ss. 136–141.

Spake D., Bishop J. (2009), *The impact of perceived closeness on the differing roles of satisfaction, trust, commitment, and comfort on intention to remain with a physician*, „Health Marketing Quarterly”, Vol. 26 No. 1, ss. 1–15.

Szasz T.S., Hollender M.H. (1956), *A contribution to the philosophy of medicine*, „A.M.A. Archives of Internal Medicine”, vol. 97, ss. 585–592.

Tapp L., Elwyn G., Edwards A., Holm S., Eriksson T. (2009), *Quality improvement in primary care: ethical issues explored*, „International Journal of Health Care Quality Assurance”, Vol. 22, No. 1, ss. 8–29.

Winsted K.F. (2000), *Patient satisfaction with medical encounters: a cross-cultural perspective*, „International Journal of Service Industry Management”, Vol. 11, No. 5, ss. 399–421.

Danuta Kunecka

Pomorski Uniwersytet Medyczny

Współczesne postrzeganie idei samorządności w pielęgniarskiej grupie zawodowej

The modern conception of the idea of autonomy in nursing professional group

Abstract

Introduction. The Polish nursing over the last year have made significant changes for the means of its future, determined by the transformation of the vocational training system. An attempt to answer the question of whether they had an impact on the current understanding of self-government by the representatives of the profession of nursing, had led the author of this study to the formulation of the following research goal – analysis of the perception of the idea of autonomy in nursing occupational group and attempt to determine its potential effects on the entire health care system in Poland.

Materials and methods. The study included 185 representatives of the profession of nursing. The diagnostic survey method was adopted, and the main instrument became the author's questionnaire.

Results and conclusions. The results indicate that almost half of the respondents (48,1%) did not see the benefits of self – employment, every second (50,3%) negates the mandatory membership of a local nursing while not knowing the law on local self – educations (51,3%). Analysis of the results allowed us to formulate the final conclusion: the current perception of the idea of self-employment in only negative dimension among the representatives of the nursing group in Poland, can be read as an unwillingness to co-participation in public life. And thus may contribute to the marginalization of the importance and influence of the profession on the functioning of the entire health care system in Poland.

Keywords: government of nursing profession, professional autonomy.

Wstęp

Pośród wielu zmian, które zaszły w ochronie zdrowia w konsekwencji przemian systemowych w naszym kraju [Kautsch 2010, s. 422], dokonała się także ta, która zdeterminowała współczesne funkcjonowanie pielęgniarstwa zawodowego. Przyjęcie już przeszło dwadzieścia lat temu ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych [Dz. U. z 1991 r. Nr 41, poz. 178 z późn. zm.] umożliwiło w myśl regulacji konstytucyjnej [Konstytucja RP z 1997 r., art. 17] przekazanie samorządowi pielęgniarstwu pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodu pielęgniarki, dając tym samym wyraz wiarygodności oraz rzetelności prowadzenia jego spraw i podejmowania decyzji w jego imieniu [Buczkowska 2009, s. 102], co w połączeniu z innymi zmianami, wśród których znalazła się m.in. ta dotycząca systemu kształcenia zawodowego, doprowadziło do obecnej swobody wykonywania zawodu pielęgniarki „na własny rachunek”. Współcześnie definiowana idea samorządności zawodowej nabiera zgoła innego znaczenia niż to, którym kierował się w chwili jej stanowienia ustawodawca. W jego założeniach instytucja samorządu zawodowego miała spełniać dwie zasadnicze funkcje: reprezentować na zewnątrz swoich członków, zarówno wobec obywateli, ich organizacji, jak i przed organami państwa, oraz zapewniać należyte wykonywanie zawodu, także – co istotne – w aspekcie jego ochrony. Taką też interpretację przyjmuje za nadal aktualną autorka opracowania. Jednak obserwacje środowiska pielęgniarstwa, przysłuchiwanie się coraz częściej pytaniom typu: „czy potrzebny nam samorząd?”, a jeżeli tak, to „po co?” i „czy przynależność do niego ma być obligatoryjna, czy nie?” spowodowały podjęcie tej tematyki w poniższym opracowaniu, którego celem było dokonanie analizy postrzegania samorządności w pielęgniarstwie zawodowym oraz próba określenia potencjalnych jej skutków w odniesieniu do systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Badanie zrealizowano w okresie luty–marzec 2013 r.

Materiał i metody

Chęć udziału w badaniu poprzez wypełnienie kwestionariusza ankiety wyraziło 185 osób spośród 349 przedstawicieli środowiska pielęgniarstwa (średnia zwrotność 53,01%). Uczestników badania przypisano do dwóch grup:

- Grupa A, składająca się z 37 osób, członków samorządu pielęgniarstwa, zaangażowanych w pracę na rzecz samorządu pielęgniarstwa (w większym stopniu jak powszechny). Byli to delegaci VI kadencji Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych, obecni na corocznym zjeździe sprawozdawczym (zwrotność 31,1%);

-
- Grupa B, składająca się ze 148 osób, członków samorządu pielęgniarskiego, jednocześnie studiujących pielęgniarstwo w Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie, zarówno studiów pomostowych, jak i studiów drugiego stopnia (zwrotność 64,35%), tryb studiów stacjonarnych (31 osób) oraz niestacjonarnych (117 osób).

W przeważającej części były to osoby w chwili badania aktywne zawodowo (89,19% ogółu badanych), zatrudnione na podstawie umowy o pracę (68,11% ogółu badanych), ze stażem wynoszącym 20 lat i więcej (86,49% ogółu badanych), w specyfice zabiegowej (46,49% ogółu badanych), z wykształceniem co najmniej licencjackim (84,32% ogółu badanych), mieszkające w dużym mieście (45,4% ogółu badanych) oraz będące członkami Szczecińskiej Izby Pielęgniarek i Położnych (59,46 ogółu badanych). Szczegółową charakterystykę badanej grupy w zakresie danych socjodemograficznych przedstawiono w tabeli numer 1.

Tab. 1. Struktura socjodemograficzna uczestników badania

Zmienna	Charakterystyka zmiennej	Grupa A		Grupa B	
		N	%	N	%
Aktywność zawodowa	Pracuje	36	97,3	129	87,2
	Nie pracuje	0	0,0	17	11,5
	Inne	0	0,0	2	1,3
	Brak odpowiedzi	1	2,7	0	0,0
Staż pracy	10 lat i mniej	3	8,1	27	18,2
	11–20 lat	4	10,8	31	20,9
	Powyżej 20 lat	29	78,4	72	48,6
	Brak odpowiedzi/nie dotyczy	1	2,7	18	12,2
Forma zatrudnienia*	Umowa o pracę	29	78,4	97	65,5
	Umowa cywilnoprawna	7	18,9	32	21,6
	Inne	0	0,0	3	2,0
	Brak odpowiedzi/nie dotyczy	1	2,7	20	13,5
Miejsce zamieszkania	Wieś	3	8,1	18	12,2
	Małe miasto (do 150 tys.)	11	29,7	63	42,6
	Duże miasto (powyżej 150 tys.)	21	56,8	63	42,6
	Brak odpowiedzi	2	5,4	4	2,7
Specyfika pracy/ zainteresowania kliniczne*	Zabiegowa	20	54,0	66	44,6
	Niezabiegowa	11	29,7	58	39,2
	Inne	5	13,5	8	5,4
	Brak odpowiedzi/nie dotyczy	1	2,7	17	11,5
Wykształcenie	Średnie	6	16,2	21	14,2
	Wyższe, co najmniej licencjat	29	78,4	127	85,8
	Brak odpowiedzi	2	5,4	0	0,0
Przynależność do Izby Pielęgniarskich	Szczecińska	37	100	73	49,3
	Inna	0	0,0	30	20,3
	Brak odpowiedzi/nie dotyczy	0	0,0	45	30,4

* wartości nie sumują się do 100 z uwagi na wskazanie przez respondentów kilku miejsc pracy

Źródło: opracowanie własne

Dane metryczkowe uczestników badania, przyjęte w obu grupach, poza zmienną „wykształcenie” wykazują tendencję zbliżoną do wyników uzyskiwanych w całym sektorze. Różnica jest wynikiem realizacji badania wśród osób,

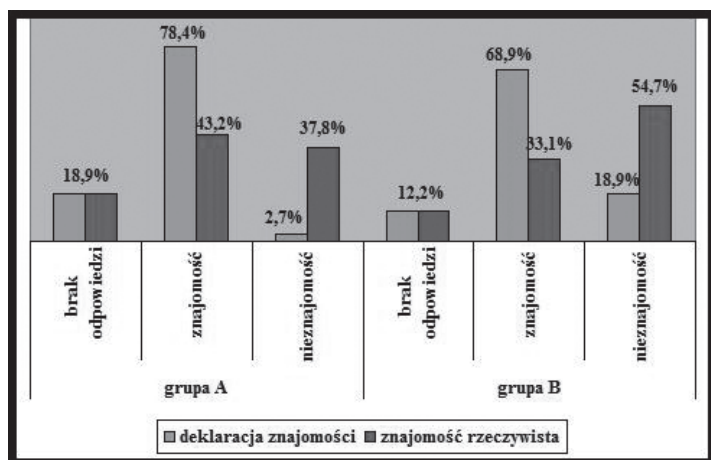
które już posiadają kwalifikacje zawodowe pielęgniarzy/pielęgniarki, jednocześnie doksztalając się w formie studiów pomostowych lub studiów pielęgniarzkich drugiego stopnia.

Za dominującą metodę badawczą przyjęto sondaż diagnostyczny, ankietyzację, w której narzędziem stał się autorki kwestionariusz, składający się z dwóch części: właściwej oraz metryczki. Część właściwą stanowiły trzy pytania półotwarte, umożliwiające poznanie opinii dotyczących postrzegania samorządności zawodowej w pielęgniarstwie w grupie zawodowej, a także umożliwiających ocenę znajomości ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych [Dz. U. z 2011r. Nr 174, poz. 1038]. Część metryczkową natomiast stanowiło siedem pytań odnoszących się do: aktywności zawodowej, stażu pracy, formy zatrudnienia, miejsca zamieszkania, specyfiki klinicznej, wykształcenia oraz nieobowiązkowo przynależności do okręgowej Izby Pielęgniarskiej. Analizy statystyczne zgromadzonego materiału badawczego wykonano za pomocą arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel oraz skorzystano z pakietu statystycznego Statsoft, Inc. STATISTICA 9.1. We wstępnej analizie zebrany materiał badawczy opisano liczebnościami i odpowiadającymi im odsetkami. Rozkłady udzielonych odpowiedzi wyrażono w liczbach bezwzględnych – „N” wielkości próby oraz wartościach procentowych. W dalszej analizie statystycznej, szukając zależności pomiędzy przyjętymi w badaniu zmiennymi, zastosowano test χ^2 , gdzie za poziom istotności przyjęto $p=0,05$.

Wyniki badań

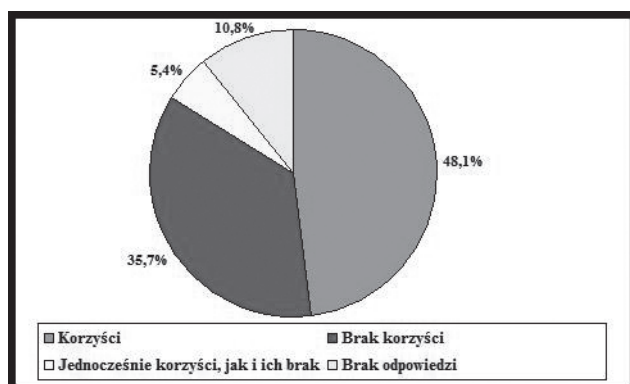
Dla osiągnięcia założonego celu, którym było dokonanie analizy postrzegania idei samorządności w pielęgniarstwie w grupie zawodowej, zadano uczestnikom badania kolejno trzy pytania, rozpoczynając od sprawdzenia znajomości zapisów ustawy regulującej funkcjonowanie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. Pomimo deklaracji znajomości zapisów ww. aktu prawnego (69,19% ogółu badanych), jedynie co trzeci uczestnik badania (35,13% ogółu badanych) udzielił odpowiedzi wskazującej na rzeczywistą jego znajomość, charakteryzując minimum trzy istotne kwestie tego zapisu, w tym między innymi: autonomię i samodzielność zawodową. Ponadto aż 25 osób (13,51% ogółu badanych) na ww. pytanie nie udzieliło odpowiedzi w ogóle, co najprawdopodobniej spowodowane było nieznajomością ww. zapisu. Szczegółowe wyniki w zakresie deklarowanej oraz rzeczywistej znajomości ustawy zilustrowano na wykresie numer 1.

Wyk. 1. Deklaracja znajomości a rzeczywista znajomość ustawy wśród badanych



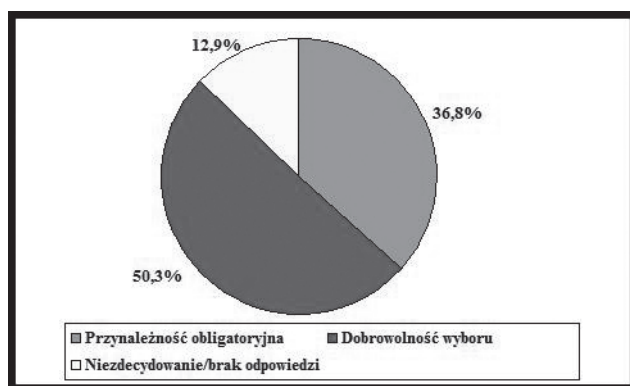
Źródło: opracowanie własne.

Deklaratywna znajomość w obu grupach jest przeszło połowę wyższa niż ta rzeczywista. Ponadto potwierdzono, iż wyższy poziom wiedzy reprezentują osoby „zaangażowane” w pracę na rzecz samorządu zawodowego. Poza tym warto odnotować fakt, iż w znacznym odsetku badani nie udzielili żadnej odpowiedzi, co może być interpretowane jako brak znajomości zapisów ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek/pielęgniarzy. Co druga badana osoba na pytanie, czy dostrzega korzyści wynikające z przynależności do samorządu pielęgniarstwa, odpowiedziała twierdząco (48,11% ogółu badanych), co przedstawiono na wykresie numer 2.

Wyk. 2. Postrzeganie idei samorządności w opinii badanych

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej części pracy, kierując się zasłyszonymi w środowisku pielęgniar-skim wątpliwościami dotyczącymi obligatoryjnej przynależności do samorządu zawodowego, autorka zapytała uczestników badania o opinię w tej kwestii. Wyniki zilustrowano na wykresie numer 3.

Wyk. 3. Przynależność do samorządu zawodowego pielęgniarek w opinii badanych

Źródło: opracowanie własne.

Szczegółowe rozkłady odpowiedzi respondentów na pytania z części właściwej kwestionariusza ankiety, dotyczące aktualnego postrzegania idei samorządności zawodowej w grupie pielęgniar-skiej, przedstawiono w tabeli 2.

Tab. 2. Charakterystyka odpowiedzi udzielonych przez uczestników badania

Treść pytania	Odpowiedzi wskazywane przez badanych	N	%
Znajomość najistotniejszych zapisów ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarzek i położnych*	1. Reprezentuje i dba o interesy grupy zawodowej	60	32,4
	2. Sprawuje nadzór nad wykonywaniem praktyki zawodowej	44	23,8
	3. Nadzoruje i organizuje proces szkoleń podyplomowych	67	36,2
	4. Odpowiada za realizację zadań związanych z odpowiedzialnością zawodową, w tym dba o prestiż, pozycję i godność zawodu	49	26,5
	5. Czynny udział w pracach legislacyjnych oraz mających na celu ustalanie standardów opieki pielęgniarstwiej	23	12,4
	6. Działalność pomocowa dla członków samorządu oraz inne nigdzie nieprzypisane	20	10,8
	7. Reguluje samodzielność i autonomię zawodową grupy pielęgniarstwiej	34	18,4
	8. Reguluje obligatoryjność przynależności do samorządu zawodowego	25	13,5
	0. Brak odpowiedzi opisowej	57	30,8
Dostrzeganie korzyści z przynależności do samorządu zawodowego* TAK	1. Reprezentuje interesy grupy zawodowej, w tym także i moje	33	17,8
	2. Dbą o prestiż członków samorządu oraz należyte wykonywanie zawodu, w tym także działalność związaną z promocją zawodu pielęgniarstwiej	25	13,5
	3. Bierze czynny udział w pracach legislacyjnych w obszarze ochrony zdrowia	23	12,4
	4. Determinuje rozwój pielęgniarstwa poprzez różnego rodzaju wsparcie (finansowe, prawne, organizacyjne) procesu szkolenia członków samorządu	80	43,2
	5. Sprawuje nadzór i kontrolę nad działalnością członków samorządu	9	4,8
	6. W wyniku obligatoryjnej przynależności administruje informacjami dotyczącymi grupy zawodowej	7	3,8
	7. Determinuje samodzielność i autonomię zawodową grupy pielęgniarstwiej	1	0,5
	8. Integruje środowisko pielęgniarstwiej	9	4,8
	0. Brak odpowiedzi opisowej	5	2,7

NIE	1. W praktyce nie ma wpływu na funkcjonowanie zawodowe grupy zawodowej, rzeczywistość praktyki zbyt mocno odbiega od zapisów ustawy	9	4,8
	2. Brak rzeczywistej ochrony członków samorządu	16	8,6
	3. Mała reprezentatywność całego samorządu (jedynie wybranych grup, mała liczba osób młodych)	18	9,7
	4. Nie znam korzyści, poza opłatą składki i koniecznością przynależności	37	20,0
	0. Brak odpowiedzi opisowej	6	3,2
Postrzeganie przynależności do samorządu zawodowego	1. Sprawuje nadzór nad właściwym wykonywaniem praktyki, w tym kontrolę nad wydawanymi prawami wykonywania zawodu	17	9,2
	2. Jednoczy grupę zawodową, w tym dba o prestiż i pozycję	20	10,8
	3. Wpływa na rozwój pielęgniarstwa	10	5,4
	4. Stwarza możliwość współpracy członkom samorządu z innymi instytucjami, także na gruncie międzynarodowym	1	0,5
	5. Warunkuje i dba o „ochronę interesów grupy zawodowej”, także poprzez udzielanie różnego rodzaju wsparcia	24	12,9
	6. Obligatoryjność jako wynik rozumowania „im więcej członków, tym wyższa efektywność działania”	15	8,1
	0. Brak odpowiedzi opisowej	7	3,8
Obligatoryjność nie jest właściwa, ponieważ...	1. Ogranicza moją swobodę wyboru, tak jak ma to miejsce w przypadku innych stowarzyszeń	79	42,7
	2. Dobrowolność wyboru mogłaby mieć wpływ na wzrost zaangażowania w pracę na rzecz samorządu	2	1,1
	3. Nie warunkuje żadnych korzyści	3	1,6
	0. Brak odpowiedzi opisowej	9	4,8

* Wartości nie sumują się do 100, istniała możliwość wskazania przez badanych kilku odpowiedzi

Źródło: opracowanie własne.

W dalszej analizie statystycznej, szukając zależności pomiędzy badanymi zmiennymi, wykorzystano test chi-kwadrat. Za zmienne różnicujące przyjęto kolejno dane metryczkowe, wykluczając jedynie aktywność zawodową oraz przynależność do okręgowej izby pielęgniarstwa. Spowodowane to było tym, że uczestnicy badania to w znacznym odsetku (89,2% ogółu badanych) osoby aktywne w zawodzie pielęgniarstwa/pielęgniarki. Grupę niepracującą w chwili badania stanowiły przede wszystkim osoby będące studentami studiów dru-

giego stopnia, w trybie stacjonarnym. Warunki realizacji badania natomiast zdeterminowały udział w nim przede wszystkim członków szczecińskiej izby (jedynie 10,8% ogółu badanych reprezentowało inne niż szczecińska okręgowe izby pielęgniarskie). Stąd, nie spodziewając się istotnych różnic w zakresie tych zmiennych, wykluczono je z analizy statystycznej. Ponadto założono, iż wśród osób aktywnie biorących udział w pracach na rzecz samorządu wiedza na temat jego funkcjonowania, a tym samym na temat samej istoty oraz rozumienie samorządności mogą się różnić. Dlatego w analizie statystycznej uwzględniono przynależność do poszczególnych podgrup badawczych. Wyniki świadczące o występowaniu istotnej statystycznie zależności pomiędzy korelowanymi zmiennymi przedstawiono w tabeli numer 3.

Tab. 3. Wyniki analizy statystycznej z użyciem testu χ^2 wybranych zmiennych

Korelowane zmienne	Charakterystyka zmiennych	N	%	N	%	χ^2	p
Postrzeganie korzyści z przynależności do samorządu		Umowa o pracę*		Umowy cywilnoprawne i inne*		16,522	0,001
	Dostrzeganie korzyści	69	54,8	9	16,4		
	Brak korzyści	39	30,9	23	41,8		
	Jednoczesne zalety i wady	6	4,8	5	9,1		
Obligatoryjność przynależności do samorządu		Umowa o pracę*		Umowy cywilnoprawne i inne*		5,095	0,024
	Właściwa	54	42,8	10	18,2		
	Niewłaściwa	58	46,0	27	49,1		
Obligatoryjność przynależności do samorządu		Specyfika zabiegowa		Specyfika niezabiegowa	Inna specyfika	7,600	0,022
	Właściwa	33	38,4	23	33,3	9	69,2
	Niewłaściwa	43	50,0	39	56,5	2	15,4

Podgrupy badanych		Dostrzeganie korzyści		Brak korzyści samorządności		13,268	0,001
	Grupa A – delegaci SIPIP	27	73,0	6	16,2		
	Grupa B 1 – studia stacjonarne	15	48,4	11	35,5		
	Grupa B 2 – studia nie-stacjonarne	47	40,2	49	41,9		
Podgrupy badanych		Obligatoryjność właściwa		Niewłaściwa obligatoryjna przynależność do samorządu		38,320	0,000
	Grupa A – delegaci SIPIP	30	81,1	4	10,8		
	Grupa B 1 – studia stacjonarne	7	22,6	19	61,3		
	Grupa B 2 – studia nie-stacjonarne	31	26,5	72	61,5		

Źródło: opracowanie własne.

Jak wynika z danych przedstawionych w tabeli 3 zdecydowanie najczęściej korzyści wynikających z samorządności zawodowej dostrzegają osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę, co nieco dziwi, jeśli weźmie się pod uwagę, że jednym z „przywilejów” płynących z „samorządności” jest właśnie możliwość korzystania z innych niż umowa o pracę form zatrudnienia. Jeżeli chodzi o obligatoryjną przynależność do samorządu dla wszystkich przedstawicieli, to najliczniej reprezentowaną grupą negującą ten stan były osoby, które sklasyfikowano w grupie zatrudnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej i inne, najczęściej deklarujące zatrudnienie w specyfice niezabiegowej. Zdecydowanie więcej korzyści płynących z przynależności do samorządu uważali uczestnicy, którzy „pracują” na rzecz samorządu, co wynikać również może ze znajomości zapisów ustawy o samorządzie pielęgniarek (wykres 1). Na uwagę, zdaniem autorki, zasługuje również fakt, iż większy odsetek osób dostrzegających korzyści samorządności zawodowej deklarowali uczestnicy z grupy osób studiujących w trybie stacjonarnym aniżeli niestacjonarnym. Zatem to osoby, które mają stosunkowo małe doświadczenie zawodowe w samorządzie lub w ogóle go nie posiadają, upatrują większych korzyści dla jego członków niż

osoby, które od lat są pełnoprawnymi członkami tej społeczności. Jednocześnie ta grupa (studentów stacjonarnych) była tą, która najrzadziej wskazywała na właściwość zapisu „obligatoryjnego” udziału w samorządzie, co można by tłumaczyć niepełnym zrozumieniem zapisów prawa wespół z „młodzieńczym” poczuciem szeroko pojmowanej wolności. W tym przypadku identyfikowanym przez pryzmat dobrowolnego wyboru lub być może niezajomością praktycznego odzwierciedlenia w codziennym funkcjonowaniu zawodowym zapisów ustawy, które jest znane koleżankom i kolegom z grupy osób studiujących w trybie niestacjonarnym, a tym samym posiadających zdecydowanie większe doświadczenie zawodowe. Niemniej każdorazowo można dostrzec znaczące różnice w aktualnym postrzeganiu idei samorządności w pielęgniarskiej grupie zawodowej w odniesieniu do „osobistego zaangażowania się” w pracę na jego rzecz. Wówczas jest to zazwyczaj obraz pozytywny, budowany przez pryzmat korzyści wynikających z przynależności do grupy „wolnych zawodów”. Jednak aby stał się powszechny, należałoby rozpocząć od zapoznania się z zapisami regulującymi istotę funkcjonowania samorządu zawodowego, a w dalszej kolejności przekładać je na praktykę w codziennym życiu zawodowym.

Zakończenie

W myśl zapisów ustawodawcy „samorząd zawodowy pielęgniarek jest zrzeszeniem zawodowym, a udział w nim ma charakter obligatoryjny” [Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038, Rogala–Pawelczyk 2004, s. 401]. Według Gierowskiego „samorząd to wyodrębniona i oddolnie zorganizowana na zasadzie powszechnej przynależności grupa społeczna, wspólnie decydująca o swoich sprawach w formie demokracji bezpośredniej, ewentualnie przedstawicielskiej, stosująca zasady samodzielności, samofinansowania, równości, wolności, jawności, godności, solidarności i zasad demokratycznych” [Krzyżanowska–Łagowska 2011, s. 41]. Zakres samorządu zawodowego pielęgniarek, stanowiący jednocześnie jej fundament, wytyczają „przede wszystkim: uregulowania prawno-organizacyjne, wiedza, doświadczenie, autorytet, profesjonalizm oraz preferowany system wartości” [Glińska i wsp. 2010, s. 480], o czym współcześnie my pielęgniarki/pielęgniarze chyba nazbyt często zapominamy. Dalszy brak krytycznej refleksji i niepodejmowanie przez środowisko „trudnych dyskusji” dotyczących między innymi funkcjonowania samorządu może się przyczynić do utraty już wcześniej wypracowanych rozwiązań [Krzyżanowska–Łagowska 2011, s. 308]. Nie zapominajmy, że „samorządy zawodowe, w szczególności te zaufania publicznego, są nieodłącznym elementem społeczeństwa obywatelskiego” [Rymar 2011] oraz że to „nam przypadł obowiązek umacniania i rozwijania idei demokracji, solidarności i odpowiedzialności za zawód i jego rozwój dla dobra społecznego, ekonomicznego i kulturowego kraju” [Buczowska 2011].

Analiza materiału zgromadzonego na potrzeby tej pracy, pogłębiona kilkuletnimi obserwacjami środowiska pielęgniarskiego skłoniła autorkę do sformułowania następującego wniosku końcowego: aktualne postrzeganie idei samorządności zawodowej w wymiarze znacznym stopniu negatywnym, dość często negującym jego potrzebę, wśród przedstawicieli grupy pielęgniarskiej w Polsce może być odczytywane jako niechęć do współuczestniczenia w życiu publicznym, a tym samym może przyczynić się do zmarginalizowania znaczenia i wpływu grupy zawodowej na funkcjonowanie całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Za jedyne usprawiedliwienie takiego stanu rzeczy niech posłuży cytat: „Człowiek, gdy ma wybór, wybiera zwykle dobro. Zło wybiera wtedy, gdy wydaje mu się, że nie ma wyboru” [Majewski 2013].

Bibliografia

- Buczkowska E. (2011), *Nie tylko działać, ale i marzyć*, [w:] Krzyżanowska-Łagowska U., *Idea samorządności. Wspomnienia – rozmowy – fakty*, NIPiP, Warszawa.
- Buczkowska E. (2009), *Rola samorządu zawodowego i jego znaczenie w kształtowaniu autonomii zawodu*, [w:] Materiały konferencyjne „Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim”, NIPiP, Warszawa, ss. 101–103.
- Glińska J. (2010), *Świadomość pielęgniarek na temat autonomii zawodowej*, „Problemy pielęgniarstwa” t. 18, z. nr 4, ss. 477–482.
- Kautsch M. (2010), *Wyzwania stojące przed systemem opieki zdrowotnej w Polsce*, [w:] Kautsch M. (red.), *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Oficyna Wolters Kluwer Business, Warszawa.
- Krzyżanowska-Łagowska U. (2011), *Idea samorządności. Wspomnienia – rozmowy – fakty*, NIPiP, Warszawa.
- Majewski A., (2013), Wikicytaty: człowiek, online 14 kwietnia 2013, http://pl.wikiquote.org/wiki/Andrzej_Majewski
- Rogała-Pawelczyk G. (2004), *Elementy podstaw prawnych wykonywania zawodu pielęgniarki*, [w:] Ślusarska B., Zarzycka D., K. Zahradniczek (red.), *Podstawy pielęgniarstwa*, Czelej, Lublin.
- Rymar S., (2011), *Dedykuję „Idei samorządności”*, [w:] Krzyżanowska-Łagowska U., *Idea samorządności. Wspomnienia – rozmowy – fakty*, NIPiP, Warszawa.

Iwona Markowska–Kabała

Politechnika Częstochowska

Wybrane programy polityki zdrowotnej finansowane przez samorząd terytorialny miasta Częstochowy

Selected health care policy programs financed by the local government the city of Częstochowa

Abstract: Local government outlines the local health care policy. According to the law on local governments, a local government it is obliged to provide health care to the residents of the area it governs. One of the ways in which local authorities fulfill this duty is creating and financing health care programs addressed to the residents. The choice of target groups for such programs, as well as the types of support to be offered and potential benefits are of key importance.

Local government of Częstochowa offers, first and foremost, a wide range of preventive health care programs and is also the first Polish city to have offered childless couples financial aid partially covering the costs connected with IVF procedures.

The aim of the paper is to describe health programs designed for residents of Częstochowa by the local government.

Key words: health care policy, local government, IVF procedures, health care programs

Wstęp

Polityka zdrowotna jest celową działalnością państwa oraz jednostek samorządu terytorialnego, ukierunkowaną na problemy zdrowia i opieki zdrowotnej, która ma za zadanie ustalenie priorytetów zdrowotnych, określenie potrzebnych środków i dróg ich realizacji [Grześkiewicz 2011, s. 80].

Polityka zdrowotna, będąca częścią polityki społecznej, powinna uwzględniać realia społeczno-ekonomiczne i zmierzać do stworzenia jak najlepszych warunków pozwalających na zachowanie dobrego zdrowia przez obywateli.

Zdrowi mieszkańcy to korzyść dla całego kraju, więc można uznać, że wydatki na zdrowie są inwestycją w rozwój państwa [Wojtczak 2009, s. 59].

W polityce zdrowotnej można wyodrębnić następujące polityki szczegółowe: politykę nastawioną na kształtowanie zachowań prozdrowotnych, utożsamianą przez niektórych badaczy z promocją zdrowia, politykę zajmującą się ochroną środowiska, tak aby wyeliminować z niej zagrożenia zdrowotne, i politykę dotyczącą organizacji opieki zdrowotnej [Firlit-Fesnak, Szyłko-Skoczny 2008, s. 209].

Politykę zdrowotną dzieli się na dwa poziomy. Pierwszy z nich można nazwać poziomem centralnym, gdzie tworzy się plany i programy o zasadniczym znaczeniu dla realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia [art. 68 Konstytucji RP]. Na tym poziomie powstają rozwiązania dotyczące m.in. systemu ochrony zdrowia, kształtu zdrowia publicznego, tworzenia i kontroli podmiotów strategicznych dla obszaru zdrowia. Jest to poziom mocno uwikłany w politykę, gdzie tworzone i przyjmowane są rozwiązania zgodne z kierunkiem działania władz państwa.

Drugi poziom, który można określić mianem lokalnego, odnosi się do całego samorządu terytorialnego. Samorządy mają możliwość działania, podejmowania inicjatyw, mają narzędzia do prowadzenia względnie samodzielnej polityki zdrowotnej. Taka polityka zdrowotna jest nastawiona na rozwiązywanie problemów dotyczących określonego terenu i skupia się ona na typowych dla obszaru lokalnego i regionalnego potrzebach. Na tym szczeblu, uwzględniając potrzeby mieszkańców, organizuje się opiekę zdrowotną, przygotowuje odpowiednio dobrane programy zdrowotne i zapewnia się w budżecie środki na ich realizację. Polityka zdrowotna w samorządzie terytorialnym ma szansę zaspokajać najbardziej palące potrzeby w danym momencie i na określonym terenie.

Na obu poziomach realizowane są wszystkie polityki szczegółowe, oczywiście w różnych zakresach, w zależności od szczebla władzy i posiadanych uprawnień. W pracy autorka skupia się przede wszystkim na tej części polityki zdrowotnej, która dotyczy kształtowania zachowań prozdrowotnych mieszkańców, nie zaś na systemowych rozwiązaniach organizacji ochrony zdrowia.

Celem artykułu jest zaprezentowanie lokalnych programów polityki zdrowotnej, które zostały przygotowane przez władze miasta z myślą o mieszkańcach Częstochowy. Autorka postara się także odpowiedzieć na pytanie, czy te programy mają znaczenie dla mieszkańców miasta i jak wygląda ich realizacja.

Jednostki samorządu terytorialnego a ochrona zdrowia

Powstanie trójstopniowego samorządu terytorialnego (1998 r.), pozwoliło na decentralizację zadań publicznych, w tym także w obszarze zdrowia. Na każ-

dym szczeblu, zgodnie z odpowiednimi ustawami realizowana jest samorządowa polityka zdrowotna.

Województwo

W obszarze zdrowia, zgodnie z ustawą o samorządzie województwa [Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1590 ze zm.], województwo jest organem założycielskim zakładów opieki zdrowotnej, ośrodków medycyny pracy, kolumn transportu sanitarnego oraz publicznych wysokospecjalistycznych szpitali oraz regionalnych szkół medycznych. Do zadań własnych należy ochrona i promocja zdrowia oraz zadania z zakresu szeroko rozumianej ochrony zdrowia publicznego.

Powiat

Funkcje powiatu mają charakter uzupełniający i wyrównawczy w stosunku do funkcji gminy. Uprawnienia i zadania samorządu powiatowego w zakresie ochrony zdrowia, wynikające z ustawy o samorządzie powiatowym [Dz. U. z 2001 r. NR 142, poz. 1592 ze zm.], można podzielić na:

- kompetencje w zakresie wykonywania funkcji organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- zadania i kompetencje w sprawach planowania struktury opieki zdrowotnej w powiecie, w tym zadania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w ramach programów polityki zdrowotnej.

Gmina

Do zakresu działań gminy należą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym, niezastrzeżone ustawami na rzecz innych podmiotów [Ustawa o samorządzie gminnym Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1591 ze zm.]. Jest to zgodne z konstytucyjną zasadą pomocniczości, którą należy rozumieć jako kryterium podziału zadań między organami władzy publicznej (jeżeli rozwiązywanie danej kwestii jest zadaniem publicznym, to zajmuje się tym organ, który jest w stanie problem rozwiązać i który jest najniżej usytuowany w strukturze samorządu) [Bukowska-Piastrzyńska 2013, s. 62]. W zakresie opieki zdrowotnej gmina pełni funkcje organu założycielskiego zakładów opieki zdrowotnej (ambulatoryjnej podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej), współpracuje z podmiotami niepublicznymi, odpowiada za promocję zdrowia i inne czynniki zdrowotności.¹

¹ Zadania gminy zostały zapisane w innych aktach prawnych, m.in. w Ustawie o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 ze zm.), Ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 70, poz. 473 ze zm.), Ustawie o ochronie przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. Nr 10, poz. 55 ze zm.), Ustawie o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535 ze zm.).

Programy polityki zdrowotnej w Częstochowie

Częstochowa jest powiatem grodzkim, co oznacza, że jest gminą o statusie miasta, wykonującą zadania powiatu. Wynika z tego, że w obszarze zdrowia realizuje zadania przypisane i gminie, i powiatowi jednocześnie. Aby sprostać oczekiwaniom mieszkańców i pozyskać ich przychylność, samorząd miasta od ostatnich wyborów samorządowych stara się co roku wprowadzać nowe programy zdrowotne. Jak wynika z zadań, które spoczywają na samorządzie powiatowym i gminnym, są to przede wszystkim programy profilaktyczne, edukacyjne i promujące zdrowie.

Programy przygotowane dla mieszkańców są różnorodne i kierowane do różnych grup odbiorców.¹ Powstały one po wnikliwej analizie stanu zdrowia populacji w mieście i zostały zaprezentowane w dokumencie „Program Promocji i Profilaktyki Zdrowotnej dla Miasta Częstochowy na lata 2009–2013”. Do najważniejszych programów zdrowotnych realizowanych obecnie w mieście i finansowanych przez samorząd należą: szczepienia ochronne przeciwko grypie, pneumokokom i wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV, finansowanie znieczulenia okołoporodowego oraz dofinansowanie metody zapłodnienia pozaustrojowego.

W roku 2012 miasto realizowało 9 programów zdrowotnych: „Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego HPV”, „Szczepienia ochronne przeciwko grypie”, „Program psychoedukacyjny z zakresu profilaktyki uzależnień od narkotyków”, „Profilaktyka chorób nowotworowych w kierunku raka prostaty”, „Profilaktyka chorób nowotworowych w kierunku raka jelita grubego”, „Wczesne diagnozowanie wad postawy u dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym oraz korygowanie nieprawidłowości”, „Edukacja zdrowotna w zakresie profilaktyki schorzeń kardiologicznych, onkologicznych, metabolicznych, alergologicznych”, „Wsparcie kobiet po mastektomii i profilaktyka nowotworów piersi”, „Badanie przesiewowe słuchu u dzieci klas pierwszych szkół podstawowych”.

W roku bieżącym kontynuowane są dwa programy zdrowotne w zakresie szczepień profilaktycznych. Pierwszy program „STOP grypie dla grup wysokiego ryzyka” oraz „STOP grypie w przedszkolu” jest skierowany do dzieci pięcioletnich, urodzonych w 2008 r. (w roku ubiegłym program objął grupę dzieci urodzonych w roku 2007), uczęszczających do częstochowskich przedszkoli, do dzieci do 18 lat chorych na schorzenia przewlekłe i nowotworowe oraz do osób powyżej 65. roku życia.

¹ Wszystkie informacje dotyczące programów zdrowotnych przygotowanych i finansowanych przez gminę Miasto Częstochowa zostały uzyskane w Wydziale Zdrowia Urzędu Miasta Częstochowy, ul. Śląska 11/13, tel. 34 3707644 lub pochodzą ze strony internetowej Urzędu Miasta (www.czestochowa.pl).

Tegoroczna edycja programu, już dziewiąta, ruszy na początku września 2013 r. Informacje na temat szczepień i miejsc, gdzie można skorzystać z usługi, w ubiegłym roku pojawiły się w lokalnych mediach i na stronie internetowej Urzędu Miasta. W przedszkolach prowadzone były akcje edukacyjne.

Drugi kontynuowany w tym roku program szczepień ochronnych to „Częstochowa mówi STOP rakowi szyjki macicy”. Jest to druga edycja programu skierowanego do dwunastoletnich mieszanek Częstochowy i polega na podaniu w ciągu 6 miesięcy 3 dawek szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV oraz na działaniach edukacyjnych. Program ten powstał jako odpowiedź na apel Śląskiej Koalicji na Rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy. W ubiegłym roku w ramach tego programu zaszczepionych zostało ponad 70% dziewczynek z grupy docelowej.

Samorząd Częstochowy zaplanował w 2013 r. trzy całkiem nowe programy zdrowotne finansowane z miasta. Pierwszym jest program szczepień profilaktycznych przeciwko zakażeniom pneumokokom. Szczepieniami objęte zostaną dzieci od drugiego miesiąca życia do ukończenia piątego roku życia z grup wysokiego ryzyka, m.in. z różnymi chorobami przewlekłymi, po urazie lub z wadą ośrodkowego układu nerwowego. Refundacja obejmuje także dzieci od drugiego miesiąca życia do ukończenia roku, które urodziły się przed 37. tygodniem ciąży lub ważyły po urodzeniu mniej niż 2,5 kg. Realizacja programu miała ruszyć w lipcu 2013 r.

Drugim nowym programem, zaplanowanym także na lipiec bieżącego roku, jest program znieczulenia okołoporodowego dla mieszanek miasta. W tegorocznym budżecie [Uchwała budżetowa miasta Częstochowy Dz. Urz. Woj. Śl. 2013.563] zostało zarezerwowane 600 tys. zł., co starczy dla około tysiąca pacjentek. Realizacja programu przewidziana została na lata 2013–2015. Program ten budzi jednak wątpliwości. Lekarze uważają, że znieczulenie okołoporodowe powinno zawsze wynikać ze wskazań medycznych, a nie z życzenia pacjentki, gdyż może ono utrudniać fizjologiczny proces porodu. Wrocław, który wprowadził taki program, najpierw zajął się poprawą warunków na oddziałach położniczych i wprowadził bezpłatną szkołę rodzenia, tak aby pacjentki w znieczuleniu potrafiły współpracować przy porodzie z lekarzem. W Częstochowie, niestety, zabrakło tych jakże ważnych elementów

Trzecią propozycją, skierowaną tym razem do osób starszych, jest program „Rehabilitacja i wspieranie aktywności ruchowej dla seniorów mieszanek miasta Częstochowy”, który realizowany będzie w latach 2013–2017.

Programem zdrowotnym, który wzbudził najwięcej kontrowersji w skali całego kraju, stał się program „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszanek miasta Częstochowy w latach 2012–2014”. Beneficjentami programu są małżeństwa, które nie mogą realizować planów

prokreacyjnych w sposób naturalny. Aby przystąpić do programu i otrzymać dofinansowanie w wysokości 3 tys. zł, małżeństwa muszą spełnić określone warunki, m.in.: wiek kobiety powinien się mieścić w przedziale 20–37 lat, para powinna być w związku małżeńskim, mieszkać w Częstochowie i wcześniejsze leczenie musiało zakończyć się niepowodzeniem. Uczestnicy programu otrzymają jednorazowo dofinansowanie do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego, pod warunkiem przeprowadzenia co najmniej jednej procedury zapłodnienia. Pozostałe koszty procedury ponoszą pacjenci. W tym roku program został już uruchomiony, w minionym roku z przyczyn proceduralno-formalnych działania podjęto zbyt późno i skorzystało z niego jedynie 12 par.

Znaczenie programów zdrowotnych dla mieszkańców

Programy zdrowotne tworzone i finansowane przez władze samorządowe mają niebagatelne znaczenie dla mieszkańców. Nie zostały dotąd zbadane oczekiwania zdrowotne mieszkańców w tym zakresie i stopień ich zaspokojenia, ale autorka – sama będąca mieszkanką miasta – obserwuje zachodzące zmiany i reakcje, jakie wywołują wśród częstochowian.

Najważniejszą rzeczą jest dopasowanie oferty do faktycznych potrzeb ludzi. W Częstochowie programy opracowane zostały po analizie stanu zdrowia mieszkańców w odniesieniu do całego województwa śląskiego. Przy ograniczonym budżecie nie wszystkie potrzeby zostały zaspokojone, ale wybrano te zadania, które uznano za najważniejsze ze społecznego punktu widzenia. Obecnie, mimo że nadal obowiązuje jeszcze program na lata 2009–2013, tworzone są nowe propozycje (np. znieczulenie okołoporodowe, program rehabilitacji dla seniorów).

Programy zdrowotne w swoich założeniach oprócz konkretnych działań mają także realizować cel, jakim jest edukacja i informowanie obywateli o zagrożeniach oraz o możliwościach przeciwdziałania negatywnym zjawiskom w obszarze zdrowia. Jak wynika z koncepcji determinant zdrowia [Włodarczyk 2007, ss. 24–29], największe znaczenie dla człowieka ma styl jego życia, a zatem informacyjny i edukacyjny aspekt programów zdrowotnych może stanowić punkt wyjścia do zmiany postawy wobec własnego zdrowia. Wiedza jest pierwszym krokiem do świadomego wyboru zachowań prozdrowotnych. Jest to bardzo ważne w wypadku małych dzieci, których stan zdrowia zależy przecież od rodziców. Im lepiej zorientowani są rodzice, tym częściej dzieci trafiają pod opiekę lekarzy odpowiednio wcześniej lub też unikają poważnych zagrożeń (powikłań po grypie, niedosłuchu). Te same zasady odnoszą się również do samych dzieci. Jeśli edukacja zdrowotna pojawia się odpowiednio wcześniej, nabyte w dzieciństwie właściwe zachowania uznawane są za naturalne w dalszych etapach życia.

Edukacja odgrywa niebagatelne znaczenie, ale dla wielu mieszkańców równie ważny – a może nawet ważniejszy – jest fakt, iż programy zdrowotne oferowane mieszkańcom przez samorząd są bezpłatne. Często także nie wymagają specjalnego wysiłku, aby z nich skorzystać. Jedynym mankamentem jest docieranie informacji o programach do grup docelowych. Wiadomo, że programy są kierowane do ściśle określonych odbiorców. Do szkół i przedszkoli najczęściej przyjeżdżają organizatorzy lub odpowiedni personel medyczny, rodzice małych dzieci przeczytają informację w Internecie, ale do osób starszych wiele informacji nie dociera. Jak wynika z informacji zamieszczonej na stronie internetowej przychodni wybranej w konkursie na realizatora świadczeń w zakresie szczepień ochronnych przeciwko wirusowi grypy, w minionym roku zaszczepiono jedynie 24,8% pacjentów powyżej 65. roku życia, korzystających z usług tej przychodni [www.lepiejzapobiegac.info]. Fakt, że program realizują jedynie dwie przychodnie w mieście, także nie ułatwia rozpropagowania wiedzy o programie. Jak podała częstochowska Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w tegorocznym sezonie nastąpiło gwałtowne zwiększenie się zachorowań na gripę i dlatego warto by było dotrzeć do jak największej liczby uprawnionych do szczepień na tę chorobę [www.psse.czyst.pl/grypa/].

Bezpłatne programy zdrowotne są atrakcyjne zarówno dla rodziców z małymi dziećmi, jak i dla rodziców, których dzieci uczą się w szkołach, oraz seniorów. Jest to z całą pewnością ważny element troski o grupy zdrowotnie i ekonomicznie najsłabsze. W wypadku szczepień dziewczynek przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego trzy dawki szczepionki w promocyjnej cenie kosztowały 570 zł, więc wielu rodziców nie byłoby na taki wydatek stać. W mieście zaszczepiono wszystkie dziewczynki z wybranego rocznika, których rodzice wyrazili na to zgodę i które przeszły pozytywnie kwalifikację do szczepień. Podobnie wygląda sytuacja ze szczepieniami przeciwko zakażeniom pneumokokom. Trzy dawki szczepionki to koszt ok. 1000 zł i większości rodziców po prostu nie może sobie pozwolić na taki wydatek, nie wspominając już o rodzicach chorych dzieci, których wydatki na zdrowie są olbrzymie.

Wśród wszystkich programów finansowanych przez miasto najwięcej kontrowersji budziło i budzi dofinansowanie do zapłodnienia pozaustrojowego dla wybranych 50 małżeństw zamieszkujących w Częstochowie. Ze względu na fakt, iż zarówno prezydent, jak i większość rady miasta wywodzi się z lewicy, można uznać wprowadzenie tego programu za decyzję polityczną, manifestującą inne poglądy na ten problem. Przemawia za tym choćby to, że władze miasta bardzo się spieszyły i nie odczekały trzech miesięcy, które na wydanie decyzji o programie miała Agencja Oceny Technologii Medycznych. Poza tym warto się zastanowić, jakie znaczenie ma dofinansowanie jedynie samego zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego. Koszty, jakie muszą ponieść przyszli ro-

dzice, są duże i wynikają ze wszystkich procedur przygotowujących pacjentkę do zabiegu *in vitro*. Oczywiście, jeżeli miasto chce ponieść częściowy ciężar tych wydatków, to warto z tego skorzystać, jednak absolutnie nie rozwiązuje to problemu bezdzietnych par, tak jak zrobiłaby to odpowiednia ustawa.

Nie należy jednak negatywnie oceniać wprowadzonego programu, gdyż ze względów psychologicznych odgrywa on bardzo ważną rolę. Wszystkie pary, które nie mogą w sposób naturalny począć dziecka, a chciałyby posiadać biologicznie własne dzieci, dostały wsparcie i nadzieję, że nie są same ze swoim problemem. Finansowo ta pomoc jest niewielka, emocjonalnie może być jednak olbrzymia. Z całą pewnością większe korzyści może odnieść lewicowe ugrupowanie prezydenta miasta, które zyska w tych osobach gorących zwolenników. W sytuacji gdy publicznie potępia się osoby chcące skorzystać z metody *in vitro*, wprowadzenie tego programu pokazuje, że jednak nie wszystkie środowiska godzą się na taki stan rzeczy.

Zakończenie

Programy zdrowotne przygotowywane i finansowane przez władze samorządowe mają niewątpliwe zalety. Po pierwsze, są dopasowane do sytuacji na danym terenie i w opinii autorki spełniają oczekiwania mieszkańców. Są także na bieżąco modyfikowane, zgodnie ze zmieniającą się rzeczywistością społeczną, ekonomiczną czy demograficzną. Po drugie, w miarę trafnie dobiera się grupy docelowe, które tych programów potrzebują, albo po prostu nie mają środków finansowych, aby samodzielnie zapewnić sobie odpowiednie świadczenie. Po trzecie zaś, są one wyrazem troski władz samorządowych o mieszkańców i sposobem na zatrzymanie wyjeżdżających na stałe.

Wiele miast dba o swoich mieszkańców. Jedyną wyjątkowością Częstochowy są dość kontrowersyjne programy zdrowotne, z którymi nie zgadzają się nawet uznane autorytety medyczne. Wszystkie te działania mają jednak znaczenie dla mieszkańców. Dla jednych to nowa wiedza i możliwość aktywnego wpływu na własne zdrowie, dla innych – oszczędzone pieniądze, a dla jeszcze innych – wsparcie i zrozumienie ich problemów przez władze miasta.

Bibliografia

- Bukowska-Piestrzyńska A. (2013), *Finansowanie zadań jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia*, „Samorząd Terytorialny” nr 1–2.
- Firlit-Fesnak G., Szyłko-Skoczny M. (red.) (2008), *Polityka społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Grześkiewicz W. (2011), *Finansowe uwarunkowania samorządu terytorialnego wobec zdrowia publicznego*, „Samorząd Terytorialny” nr 1–2.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz. U. 1997, Nr 78 poz. 483 ze zm.

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna (2013), *Statystyka zachorowań i podejrzeń zachorowań na grypę. Stan na dzień 07.04.2013*, www.psse.czystochowy.pl/grypa/ [8 kwietnia 2013].

Uchwała nr 544/XXX/2012 Rady Miasta Częstochowy z dnia 28 grudnia 2012 w sprawie uchwalenia budżetu miasta Częstochowy na rok 2013 Dz. Urz. Woj. Ślą 2013.563.

Ustawa o samorządzie gminnym Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz.1591 ze zm.

Ustawa o samorządzie powiatowym Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz.1592 ze zm.

Ustawa o samorządzie województwa Dz. U. z 2001r. Nr 142, poz.1590 ze zm.

Włodarczyk C.W. (2007), *Zdrowie publiczne w perspektywie międzynarodowej: wybrane problemy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.

www.lepiejzapobiegac.info

Agnieszka Strzelecka
Politechnika Częstochowska

Asygnowanie środków finansowych ze źródeł publicznych na podmioty lecznicze – analiza regionalna

Allocation of financial resources from public sources on therapeutic entities – regional analysis

Abstract: The aim of this article is to carry out regional analysis of financial resources allotted for health care in Poland and to determine tendencies of expenditure on therapeutic entities for Polish voivodships in the years 2004-2011.

Keywords: therapeutic entities, financing of health services, space-time analysis

Wstęp

Jedną z bardzo istotnych kwestii jest finansowanie ochrony zdrowia, które wiąże się z funkcjonującym w danym kraju modelem systemu zdrowotnego.

W Polsce system ochrony zdrowia jest obecnie finansowany głównie ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, którymi zarządza Narodowy Fundusz Zdrowia. Oprócz tego środki pieniężne pochodzą z budżetu państwa oraz budżetów samorządów terytorialnych na szczeblu gminnym, powiatowym i wojewódzkim. Ponadto istotną rolę odgrywają w tym przypadku bezpośrednio sami pacjenci partycypujący w kosztach opieki zdrowotnej, towarzystwa ubezpieczeniowe, przedsiębiorstwa oferujące pracownikom indywidualne bądź grupowe pakiety medyczne, za których pomocą również odbywa się transfer środków do systemu opieki zdrowotnej, oraz środki unijne.

Stosowanie elementów gospodarki rynkowej, które coraz częściej jest widoczne w działaniach zakładów opieki zdrowotnej, przyczynia się przede wszystkim do zwiększenia efektywnego i racjonalnego wykorzystywania

środków publicznych przekazywanych na ochronę zdrowia, a co za tym idzie – do większej dbałości w gospodarowaniu środkami finansowymi.

Zatem prowadzenie wszelkich analiz w opiece zdrowotnej jest bardzo ważne z ekonomicznego punktu widzenia, szczególnie obecnie, w dobie kryzysu gospodarczego.

Uwzględniając powyższe, za podstawowy cel artykułu przyjęto zaprezentowanie regionalnych analiz środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną w Polsce – zdrowotnych wydatków publicznych.

Ponadto w artykule podjęto próbę przeprowadzenia analizy przestrzenno-czasowej wydatków publicznych na podmioty lecznicze w poszczególnych województwach, co pozwoli na określenie, jakim dobrem jest opieka zdrowotna.

Zawarto także krótkie rozważania na temat podmiotów leczniczych i źródeł finansowania systemu opieki medycznej w Polsce, co ma na celu przybliżenie sytuacji panującej w opiece zdrowotnej w naszym kraju.

Do analiz wykorzystano dane roczne pochodzące z Narodowego Funduszu Zdrowia, publikacji „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w latach 2004–2009” oraz „Zdrowie i ochrona zdrowia 2010–2011”. Okres badawczy obejmował lata 2004–2011, a podstawą porównań była liczba mieszkańców każdego województwa.

Podmioty świadczące usługi medyczne

Usługi zdrowotne w Polsce, według ustawy z dnia 30.08.1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 91.91.408 z późn. zm.) były świadczone przez zakłady opieki zdrowotnej oraz indywidualne i grupowe praktyki (lekarskie, pielęgniarskie, położnicze).

Sytuacja zmieniła się, gdy w życie weszła ustawa z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 11.112.654 z późn. zm.). W świetle tej ustawy nie ma już mowy o „zakładach opieki zdrowotnej”, zaś usługi medyczne są świadczone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą (podmioty lecznicze oraz indywidualne i grupowe praktyki zawodowe).

Według nowej ustawy podmiotami leczniczymi są:

1. przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej,
2. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ-y),
3. jednostki budżetowe posiadające ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
4. instytuty badawcze,
5. fundacje i stowarzyszenia, których celem jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i prowadzenie działalności leczniczej,
6. kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe.

Zatem zgodnie z nowymi przepisami przestaje również obowiązywać istniejący do tej pory podział zakładów opieki zdrowotnej (uwzględniający ich organ założycielski) na publiczne (PZOZ) i niepubliczne (NZOZ)¹.

Spośród wymienionych podmiotów leczniczych ustawa o działalności leczniczej odnosi się tylko do gospodarki finansowej SPZOZ-ów, mówiąc, że samodzielnie gospodarują one posiadany majątkiem, zaś koszty swojej działalności i zobowiązań pokrywają z własnych środków i uzyskiwanych przychodów [Czerw, Religioni 2012, s. 472].

Rozważając organizację opieki zdrowotnej, należy zwrócić uwagę na to, że charakter prawny świadczeniodawcy, a więc jego przynależność do danej sfery (publicznej lub prywatnej), ma wpływ na źródła finansowania podmiotu leczniczego [Sieńko 2006, rozdz. 4].

Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce

Sposób finansowania ochrony zdrowia jest nierozzerwalnie związany z obowiązującym modelem finansowym opieki zdrowotnej [Suchecką 2010, s. 49]. W Polsce, w której funkcjonuje ubezpieczeniowo-budżetowy system ochrony zdrowia (formalnie jest to system ubezpieczeniowy), można wskazać na następujące źródła finansowania opieki medycznej:

1. ubezpieczenie zdrowotne – Podstawowe źródło finansowania ochrony zdrowia w Polsce, dzięki któremu finansowane są: podstawowa opieka zdrowotna, świadczenia specjalistyczne, ambulatoryjne i stacjonarne. Składki na ubezpieczenie zdrowotne są rozdysponowywane przez NFZ, który zaspokaja potrzeby ubezpieczonych, zapewnia pacjentom dostęp do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia poprzez zawieranie kontraktów ze świadczeniodawcami [Zimna 2004, s. 25];
2. budżet państwa – Źródło finansowania, które jest szczególnie wykorzystywane w pokryciu kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych, programów polityki zdrowotnej, specjalistycznych programów medycznych, publicznej służby krwi, ratownictwa medycznego [Dobska, Rogoziński 2008, s. 86];
3. budżety jednostek samorządu terytorialnego – Środki te pochodzą z podatków ogólnych i są przeznaczane na opiekę zdrowotną, opiekę społeczną czy zdrowie publiczne;
4. środki własne pacjentów, prywatne ubezpieczenia zdrowotne, środki podmiotów gospodarczych i charytatywnych – Finansowanie to polega na pokrywaniu (całkowitym lub częściowym) kosztów leczenia przez świadcze-

¹ W nowej ustawie mówi się o NZOZ-ach wyłącznie jako przedsiębiorstwach podmiotów leczniczych je tworzących. Ze względu na to, że nie ma wyraźnego zakazu stosowania nazwy „NZOZ”, placówki medyczne mogą nadal jej używać, ale tylko jako nazwy własnej – identyfikującej daną placówkę, przy czym muszą uwzględniać obecnie obowiązujące przepisy prawne.

niobiorców, którzy pragną uniknąć długiego oczekiwania na udzielenie im usługi medycznej przez świadczeniodawców w publicznych placówkach medycznych lub skorzystać z usługi zdrowotnej, która nie jest finansowana ze środków publicznych. Coraz częściej pacjenci korzystają z usług towarzystw ubezpieczeniowych czy abonamentów medycznych oferowanych przez pracodawców.

Świadczenia medyczne, których udzielanie jest głównym celem podmiotów leczniczych, są finansowane bądź przez płatnika, bądź poprzez bezpośrednie opłaty z kieszeni pacjentów.

W pierwszym przypadku płatnik za świadczenia zdrowotne może przekazywać środki pieniężne retrospektywnie lub prospektywnie, stosując:

1. stawkę kapitacyjną – lekarz pierwszego kontaktu otrzymuje ustaloną kwotę dla każdego zapisanego pacjenta,
2. budżety globalne – zakłady opieki zdrowotnej (szpitale) otrzymują środki pieniężne na podstawie szacunków odnośnie do przeprowadzonych świadczeń,
3. stałe wynagrodzenie wypłacane świadczeniodawcom w systemach budżetowych,
4. opłatę za przypadek mieszany – szpitale dzięki systemowi Jednorodnych Grup Pacjentów otrzymują środki finansowe dla grup pacjentów o podobnych schorzeniach oraz zbliżonych metodach i kosztach ich leczenia,
5. opłatę za usługę lub poradę – świadczeniodawca otrzymuje środki pieniężne za rzeczywiście wykonaną usługę,
6. opłatę za osobodzień lub za hospitalizację – opłata uzależniona od długości pobytu pacjenta lub rodzaju schorzenia.

W drugim wypadku można mówić o częściowym lub całkowitym partycypowaniu w kosztach leczenia. Wydatki te dotyczą przede wszystkim opłat za leki i materiały medyczne. Współpłacenie, czyli częściowe finansowanie świadczeń zdrowotnych, może przybrać formę: *co-payment* (asygnowanie określonej kwoty) lub *co-insurance* (przekazanie określonego procentu kosztu świadczenia). Do wydatków prywatnych należy również zaliczyć tzw. „opłaty nieformalne”, których wysokość jest niemożliwa do oszacowania.

Analizując finansowanie ochrony zdrowia można zauważyć istnienie tendencji do zmniejszania się środków finansowych pochodzących ze źródeł publicznych (zwiększenie bezrobocia sprawia, że wpływy ze składek ulegają zmniejszeniu) na rzecz tych ze źródeł prywatnych. Fakt ten znajduje potwierdzenie w „Diagnozie społecznej” opisującej warunki i jakość życia Polaków [Czapiński 2009, s. 108]. Wprowadzenie współpłacenia jest coraz bardziej ak-

ceptowane przez Polaków, choć niechętnie podchodzą oni do kwestii „sięgania do kieszeni pacjentów”.

Jednak mimo że ochrona zdrowia finansowana jest z różnych źródeł (coraz częściej prywatnych), to nadal w Polsce ponad 71% wydatków zdrowotnych stanowią wydatki publiczne.

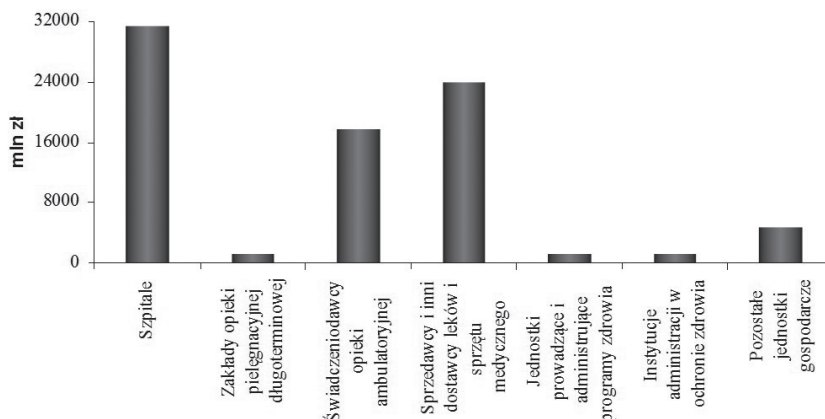
Wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce

Do prowadzenia analiz w ochronie zdrowia niezbędne są jasno określone granice opieki zdrowotnej. Jest to szczególnie istotne w przypadku porównywania zagregowanych wydatków na ochronę zdrowia, gdyż często są one różnie określone i umiejscawiane w narodowych statystykach. Wychodząc naprzeciw takim wyzwaniom, opracowano System Rachunków Zdrowia (*System of Health Accounts* – SHA) – narzędzie, które ma ponadnarodowy charakter i może przyczynić się do skutecznego zarządzania systemem ochrony zdrowia. SHA umożliwia spojrzenie na ochronę zdrowia od strony dostawców dóbr i usług ochrony zdrowia, źródeł jej finansowania oraz funkcji opieki zdrowotnej.

Na potrzeby tego artykułu zaprezentowano tylko niektóre elementy Narodowego Rachunku Zdrowia z 2010 r. odnoszące się do dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia, publicznych źródeł finansowania oraz funkcji opieki zdrowotnej konsumowanych indywidualnie.

Rozważając dostawców dóbr i usług zdrowotnych, można zauważyć, że w 2011 r. największy udział w wydatkach odnotowano w przypadku szpitali (38,5%), zaś drugi co do wielkości udział odnosił się do „sprzedawców i innych dostawców leków i sprzętu medycznego” (29,4%). Wydatki na szpitale były więc o 7 414 mln zł większe. Najmniejszy udział zanotowano dla kategorii „zakłady opieki pielęgnacyjnej długoterminowej” – 1,4% (wykres 1).

Wyk. 1. Wydatki na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w instytucjach rządowych i samorządowych w Polsce w 2010 r. (w mln zł)



Źródło: Opracowanie własne.

Wydatki „jednostek prowadzących i administrujących programy zdrowia” kształtowały się na poziomie 1 312 mln zł, „instytucji administracji w ochronie zdrowia” były o 50 mln zł mniejsze, zaś kategorii „pozostałe jednostki gospodarcze” – wynosiły 4 733 mln zł.

Rozpatrując wydatki przeznaczone na dobra i usługi konsumowane indywidualnie w ochronie zdrowia wg pełnionych w niej funkcji można stwierdzić, że największą pulę pieniędzy przeznaczano na usługi lecznicze, a następnie na usługi rehabilitacyjne. Obie wielkości były większe w szpitalach niż dla „świadczeniodawców opieki ambulatoryjnej”. W przypadku „produktów medycznych dla pacjentów ambulatoryjnych” całość wydatków pokrywali „świadczeniodawcy i inni dostawcy leków i sprzętu medycznego”. Wchodzące w skład produktów „leki i materiały nietrwałego użytku” generują jedne z największych kosztów w ochronie zdrowia (tabela 1).

Tab. 1. Wydatki na indywidualną opiekę zdrowotną wg głównych dostawców dóbr i usług zdrowotnych oraz funkcji ochrony zdrowia w Polsce w 2010 r. (w mln zł)

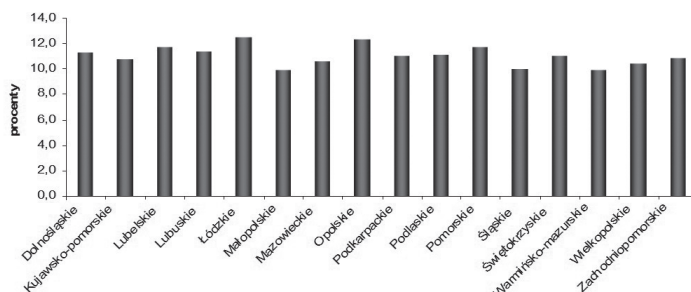
Dostawcy dóbr i usług Funkcje ochrony zdrowia	Szpitale	Zakłady opieki pielęgniacyjnej długotermini- nowej	Świadczenio- dawcy opieki ambulatoryjnej	Świadczeniodawcy i inni dostawcy leków i sprzętu medycznego
	miliony zł			
Usługi lecznicze	30 609	0	20 899	0
Usługi rehabilitacyjne	1 988	0	1 336	0
Usługi długoter- minowej opieki pielęgniacyjnej	0	1 354	133	0
Usługi pomocnicze w ochronie zdrowia	1	0	4024	0
Produkty medyczne dla pacjentów ambu- latoryjnych	0	0	0	24040

Źródło: Opracowanie własne.

Ze względu na to, że w badanym roku na indywidualną opiekę zdrowotną wydano 88 965 mln zł, można stwierdzić, że udział wydatków szpitali na tę opiekę oscylował wokół 36,6% i był o 9,6 punktu procentowego większy niż w przypadku „świadczeniodawców opieki ambulatoryjnej”.

Analizując wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2004–2011 można zaobserwować, że przeciętnie wzrastały one z roku na rok najbardziej w województwach łódzkim i opolskim (12,4–12,5%), zaś najmniej w województwach małopolskim i warmińsko-mazurskim (ok. 1,1%) (wykres 2).

Wyk. 2. Średniookresowe tempo zmian wydatków NFZ na podmioty lecznicze w województwach Polski w latach 2004–2011 (w procentach)

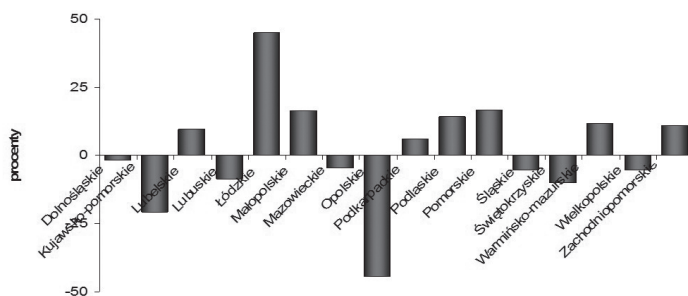


Źródło: Opracowanie własne.

NFZ na podmioty lecznicze wydał w roku 2011 najwięcej w województwie lubuskim (2 773,73 zł na osobę), a najmniej w lubelskim (606,61 zł na osobę).

W przypadku jednostek samorządu terytorialnego również w województwie łódzkim nastąpiła największa zmiana wydatków zdrowotnych w ostatnim roku badania w porównaniu do roku poprzedniego. Niewiele mniejsza co do wartości bezwzględnej była zmiana w województwie opolskim. Różnica ta wynosiła 0,59 punktu procentowego. Zmiany te miały jednak przeciwne kierunki – w województwie łódzkim wydatki zdrowotne wzrosły, zaś w opolskim spadły. Najmniej wydatki zmniejszyły się w województwie dolnośląskim – 1,69%, zaś wzrosły w województwie podkarpackim – ok. 6% (wykres 3).

Wyk. 3. Zmiana wydatków na zdrowie jednostek samorządu terytorialnego wg województw w Polsce w 2011r. w porównaniu do 2010 r. (w procentach)



Źródło: Opracowanie własne.

Podobnie oba województwa – łódzkie i opolskie – zajmują skrajne miejsca, jeżeli weźmie się pod uwagę średnie tempo zmian wydatków zdrowotnych w latach 2004–2011. W badanym okresie w tych regionach wydatki przeciętnie wzrastały z roku na rok – w pierwszym o 20,5%, a w drugim aż o 17,4% mniej.

Analiza przestrzenno-czasowa

Ze względu na to, że na transformacje w sektorze ochrony zdrowia duży wpływ mają nie tylko czynniki uwzględniane przy wyznaczaniu kierunków polityki zdrowotnej, ale również wydatki publiczne asygnowane na podmioty lecznicze, w artykule podjęto próbę oszacowania poziomu tej wielkości. Reprezentantami rozważanych wydatków są wydatki NFZ i jednostek samorządu terytorialnego. W analizie posłużono się danymi przestrzenno-czasowymi, a wyniki uzyskano, stosując model panelowy. Badaniu poddano polskie województwa w latach 2004–2011.

Po wstępnych badaniach zaproponowano potęgową postać modelu, gdyż wyznaczone na jego podstawie współczynniki elastyczności umożliwiają podjęcie prawidłowej decyzji odnośnie do finansowania opieki zdrowotnej, a szczególnie formułowanie wniosków na temat efektywności placówek medycznych i właściwego nimi zarządzania.

W modelu zastosowano zmienne zero-jedynkowe, gdyż model ze zmiennymi sztucznymi w przypadku zbioru konkretnych ustalonych obiektów daje wiarygodne wyniki w sensie merytorycznym i statystycznym.

Po zlogarytmowaniu równania do estymacji modelu zastosowano metodę najmniejszych kwadratów i otrzymano następujące oszacowanie wydatków:

$$\begin{aligned} \Delta \ln \hat{WP}_{it} = & 0,415 \cdot \Delta \ln PIEL_{it} + 0,614 \cdot \Delta \ln BED_{it} + 1,002 \cdot \Delta \ln OSOB_{it} + 0,148 \cdot \Delta \ln POZ_{it} + \\ & + 1,130 \cdot \Delta \ln PKB_{it} + 0,039 \cdot DL + 0,048 \cdot KP + 0,034 \cdot LE + 0,077 \cdot LU + 0,058 \cdot LO + \\ & + 0,032 \cdot ML + 0,012 \cdot MZ + 0,024 \cdot OP + 0,028 \cdot PK + 0,054 \cdot PL + 0,063 \cdot PM + \\ & + 0,045 \cdot SL + 0,011 \cdot SW + 0,038 \cdot WM + 0,040 \cdot W + 0,053 \cdot Z \end{aligned}$$

(2,192) (2,420) (5,586) (2,207)

(7,439) (2,082) (2,702) (1,855) (4,211) (3,165)

(1,775) (0,626) (1,270) (1,479) (2,957) (3,420)

(2,480) (0,615) (2,047) (2,188) (2,928)

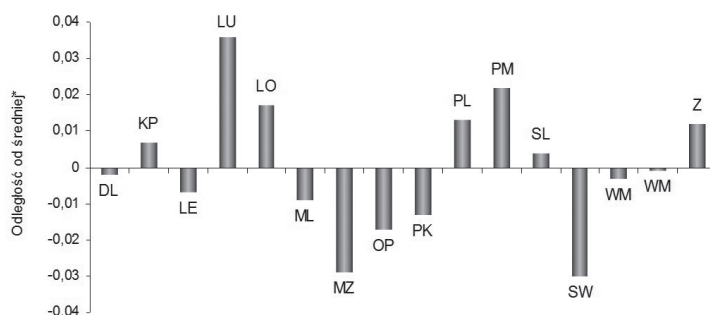
Na podstawie powyższego równania można stwierdzić, że wpływ głównej determinanty wydatków zdrowotnych ponoszonych ze źródeł publicznych jest więcej niż z proporcjonalny – wzrost PKB o 1% pociąga wzrost rozważanych wydatków o 1,13%. W krótkim okresie opieka zdrowotna postrzegana jest więc we wszystkich województwach jako dobro luksusowe, co oznacza, że popyt na usługi zdrowotne rośnie szybciej niż dochód konsumentów świadczeń, a osoby bardziej zamożne w stosunku do biedniejszych wydają statystycznie na tę opiekę większą część dochodów osobistych. Kłopoty publicznej służby zdro-

wia – a głównie jej niedofinansowanie – sprawiają, że coraz częściej odchodzi się od finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych na rzecz prywatnej służby zdrowia, rośnie ważność dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, a część odpowiedzialności za zdrowie jest przenoszona z podmiotów publicznych na prywatne [Suchecka 2010, s. 56].

Analizując wpływ liczby pielęgniarek (reprezentant kosztów płacowych), łóżek w szpitalach (reprezentant kosztów pozapłacowych) oraz porad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na wydatki zdrowotne, można zauważyć, że poziom tych zmiennych wzrasta szybciej niż poziom wyjaśnianej wielkości, zaś przyrost osobodni szpitalnych o 1% powoduje wzrost badanych wydatków o 1,002%.

Rozważając poziom rozpatrywanych wydatków na mieszkańca, możemy powiedzieć, iż w siedmiu województwach wydatki te kształtują się powyżej przeciętnego poziomu tej wielkości w badanych regionach. Najbardziej od przeciętnego poziomu odchylają się wydatki w województwie lubuskim, a najmniej w warmińsko-mazurskim (wykres 4).

Wyk. 4. Różnice w poziomach zdekomponowanych wyrazów wolnych w modelu wydatków



* „0” - wartość średniego poziomu ocen parametrów przy zmiennych sztucznych

Źródło: Opracowanie własne.

W przedstawionym modelu nie występuje zjawisko autokorelacji ($r=-0,07$), a wydatki na podmioty lecznicze są wyjaśnione w 71,08%. Można jednak przyjąć, że model dostatecznie dobrze opisuje tę wielkość – test F potwierdza istotność współczynnika korelacji wielorakiej ($p<0$), a niskie dopasowanie do danych empirycznych jest spowodowane kolejnymi transformacjami zmiennych.

Zakończenie

Głównym źródłem finansowania opieki zdrowotnej są składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, które stanowią około 95% przychodów NFZ. Oprócz Funduszu ważną rolę w ponoszeniu kosztów świadczeń zdrowotnych odgrywają także jednostki samorządu terytorialnego, odpowiadające za finansowanie podległych im podmiotów medycznych, np. szpitali.

Jednak nakłady na opiekę zdrowotną ponoszone ze źródeł publicznych nie są wystarczające i by naprawić tę sytuację, coraz częściej rozważa się wzrost partycypowania pacjentów w kosztach leczenia. Jednakże samo zwiększenie poziomu współpłacenia nie sprawi, że podniesie się jakość opieki zdrowotnej oraz zwiększą się budżety podmiotów leczniczych, którym obecnie środki uzyskiwane ze źródeł publicznych wystarczają głównie na pokrycie kosztów leczenia.

Przeprowadzona w pracy analiza przestrzenno-czasowa wydatków zdrowotnych na podmioty lecznicze pozwala stwierdzić, że jednymi z czynników wpływających na badane wydatki w polskich województwach są: PKB, osobodni szpitalne, liczba łóżek, pielęgniarek i udzielanych porad. Ponadto analiza współczynników elastyczności może pomóc w badaniu zarządzania placówkami leczniczymi.

Bibliografia

Czapiński J. (2009), *Opieka zdrowotna: korzystanie, finansowanie i opinie społeczne*, [w:] Czapiński J., Panek T. (red.), *Diagnoza społeczna 2009. Warunki i jakość życia Polaków*, Rada Monitoringu Społecznego, Warszawa.

Czerw A., Religioni U. (2012), *Ekonomika podmiotów leczniczych w świetle obowiązujących uregulowań prawnych*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, T. 93, nr 3, ss. 471–471.

Dobska M., Rogoziński K. (2008), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wyd. Nauk. PWN, Warszawa.

Materiały NFZ

Sieńko A. (2006), *Prawo ochrony zdrowia*, Dom Wyd. ABC, Warszawa.

Suchecką J. (2010), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska-Oficyna, Warszawa.

Ustawa z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 11.112.654 z późn. zm.).

Ustawa z dnia 30.08.1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 91.91.408 z późn. zm.).

Zimna T. (2004), *Zawieranie umów na świadczenia medyczne*, Dom Wyd. ABC, Warszawa.

GUS, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w latach 2004–2009*.

GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia 2010–2011*, www.stat.gov.pl [23.03.2013].